**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS ACTOS DEL GOBIERNO
RELACIONADOS CON LA DICTACIÓN DE LOS DECRETOS SUPREMOS GES
N° 4 DEL 2014, Y N°3 DEL 2016, DEL MINISTERIO DE SALUD,
REFIRIÉNDOSE A LOS ORGANISMOS INTERVINIENTES, POSIBLES
ERRORES DE CÁLCULO Y EVENTUALES PERJUICIOS.**

Sesión 6ª, ordinaria, celebrada el día lunes 8 de agosto de 2016.

Se abrió a las 10:30 horas.

I. PRESIDENCIA.

Presidió la sesión, la diputada señora Marcela Hernando.

Actuó como Abogada Secretaria Accidental de la Comisión, la señora María Teresa Calderón Rojas.

II. ASISTENCIA.

Asistieron los/as diputados/as integrantes de la Comisión, señoras Marcela Hernando y Karla Rubilar y los señores Miguel Ángel Alvarado, Gustavo Hasbún, Javier Macaya, Nicolás Monckeberg, Jorge Rathgeb y Víctor Torres.

III. INVITADOS.

Asistieron como invitados el Superintendente de Salud, don Sebastián Pavlovic acompañado del jefe del Departamento de Estudios y Desarrollo, don David Debrott y el jefe del departamento de Fiscalización, don Marcelo Ricci; la doctora Ximena Aguilera; en representación del Colegio Médico, don Pablo Araya; la Presidenta de la Corporación de artritis Juvenil, doña Rosa Montero acompañada de doña Paloma Rivera.

Asistieron además en representación del Instituto de Administración de Salud de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile, la doctora Liliana Jadue y el investigador Alberto Muñoz.

IV. CUENTA.

- Se dio cuenta de lo siguiente:

1. Confirmación de la asistencia del Superintendente de Salud, don Sebastián Pavlovic acompañado del jefe del Departamento de Estudios y Desarrollo, don David Debrott y el jefe del departamento de Fiscalización, don Marcelo Ricci.

2. Excusa de don Ricardo Bitrán quien no podrá asistir por encontrarse fuera del país.

3. Comunicación de la señora Sylvia Galleguillos, Presidenta del Instituto de Administración de Salud de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile, informando que no podrá asistir y que en representación del Instituto asistirá la doctora Liliana Jadue y el investigador Alberto Muñoz.

V. ACUERDOS.

No se adoptaron acuerdos.

El detalle de lo obrado en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento.

Se adjunta a esta acta, la versión taquigráfica elaborada por la Redacción de Sesiones de esta Corporación, la que se declara formar parte integrante de ella.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 13:08 horas.

MARCELA HERNANDO PÉREZ
Presidenta de la Comisión

MARÍA TERESA CALDERÓN ROJAS
Abogada Secretaria (A) de la Comisión

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA SOBRE EVENTUALES
ERRORES**

DE CÁLCULO EN LA DICTACIÓN DE DECRETOS AUGE

Sesión 6ª, celebrada en lunes 8 de agosto de 2016,
de 10.38 a 13.08 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA LITERAL

Preside la diputada señora Marcela Hernando.

Asisten la diputada señora Karla Rubilar y los diputados señores Miguel Ángel Alvarado, Gustavo Hasbún, Javier Macaya, Nicolás Monckeberg, Jorge Rathgeb y Víctor Torres.

Se encuentran invitados el superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic, quien concurrió con el jefe del Departamento de Estudios y Desarrollo, señor David Debrott, y con el jefe del Departamento de Fiscalización, señor Marcelo Ricci; el economista investigador del Instituto de Administración de Salud de la Universidad de Chile (IAS), señor Alberto Muñoz, y la doctora Liliana Jadue; la doctora, señora Ximena Aguilera; el doctor del Colegio Médico, Pablo Araya; y la presidenta de la Corporación de Niños con Artritis, señora Rosa Montero y la señora Paloma Rivera.

TEXTO DEL DEBATE

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- En nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

El acta de la sesión 4ª se declara aprobada.

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

*-La señora **CALDERÓN**, doña María Teresa (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Sobre la cuenta, ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Los invitados harán primero todas las presentaciones y luego contestarán las preguntas de los parlamentarios. En el caso del exsuperintendente y de la doctora Ximena Aguilera, como ya hicieron sus presentaciones la semana pasada, solo haremos solo preguntas.

En primer lugar tenemos a la doctora Liliana Jadue.

La señora **JADUE**.- Señora Presidenta, el estudio tiene un componente de costo y un componente de demanda. El señor Alberto Muñoz va a exponer la parte de costos y yo el de demanda.

El objetivo general del estudio es obtener una estimación del costo anual esperado por beneficiario de Fonasa y de Isapre, para revisar qué ocurre con la aplicación de los problemas que están bajo el régimen GES.

Los objetivos del estudio son:

-Estimar primero la población de beneficiarios de Fonasa e Isapre. En este caso, se solicitó solo para 2016. He participado en dos estudios más y se ha solicitado anteriormente para más años.

-Realizar una estimación de demanda GES para Fonasa e Isapre para cada problema de salud y para cada intervención asociada en el GES.

-Relacionado con los costos, obtener los precios públicos y privados de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos, etcétera, utilizados en las canastas de prestaciones.

-Obtener los costos públicos de las prestaciones aranceladas que forman parte de cada uno de los problemas de salud.

-Obtener los precios privados para servicios GES de las prestaciones que forman parte de los problemas de salud.

-Construir vectores de precios para Fonasa e Isapre que permitan estimar el costo de las prestaciones asociadas y que requieren a los insumos de los objetivos anteriores. Con eso se llega a la estimación del costo anual esperado

para cada beneficiario de las patologías GES, tanto en el sector público como privado.

-Realizar, por último, sensibilizaciones en distintos escenarios acordados con la contraparte técnica.

Los problemas de salud incluidos son los ochenta tradicionales más tres nuevos que se pudieron costear. En la presentación está la lista de problemas de salud que tuvieron cambios en sus canastas. Como parte del estudio, Fonasa entrega las canastas y durante el estudio las canastas pueden ser cambiadas, agregando o quitando insumos, servicios o prestaciones que se mantienen hasta que Fonasa o la contraparte técnica del Minsal definan que las canastas son definitivas. Los tres problemas nuevos de salud en evaluación eran la depresión en los adolescentes, el tratamiento del glaucoma y el examen de medicina preventiva que en realidad se ha costeado todos los años en todos los estudios. En la tabla 3 de la presentación está el detalle de cada grupo etario que beneficia el programa de medicina preventiva.

Para la metodología general de cálculo se estimaron las poblaciones beneficiarias para Fonasa e Isapre. Ese trabajo lo hizo un demógrafo en base a los datos de los censos y otras estimaciones de población que se realizan en Chile. Después se hicieron las estimaciones epidemiológicas para cada problema de salud garantizado, recogiendo la información bibliográfica nacional disponible y de estudios internacionales cuando no se conocían los casos, y la información de uso de los casos GES tanto en Fonasa como Isapre.

Para los objetivos relacionados con precios y costos se obtuvieron los precios públicos y privados para las prestaciones médicas y los insumos. Se calcularon los costos de las prestaciones contenidas en cada una de las canastas y se calculó el costo esperado por beneficiario por tipo de seguro. Por último, se entregan los resultados finales.

En los resultados, la población beneficiaria para Fonasa e Isapre se obtiene desde los datos del INE, Ministerio de Desarrollo Social y Superintendencia de Salud que conocen las proporciones y la composición de la población de las Isapre y del Fondo Nacional de Salud y de la Dipreca porque esa población no iba a restarse del total de las estimaciones de población hechas en Chile.

En la presentación aparece el resultado de la estimación de población total para el país y por sexo para los tipos de seguro según Fonasa o Isapre. La diferencia con el total del país corresponde a la población que está en otro sistema de seguridad social. La tabla está desglosada y nosotros trabajamos por años, no por quinquenios.

Cada problema de salud AUGE tiene una población absolutamente definida y ese dato se aplicó a la estimación de demanda.

Para estimar la demanda en GES, para cada tipo de seguro, se construye un flujograma de información. Se parte desde la necesidad total, que es la población que tiene el problema de salud, quienes perciben la enfermedad y quienes finalmente podrían llegar a requerir servicios.

En la Encuesta Casen, por ejemplo, hay antecedentes de que la gente que percibe enfermedades y la que demanda servicios es una proporción muy pequeña. Solo entre 12 y 14 por ciento de la población percibe algún problema de salud y demanda servicios, por eso se hace una estimación de esta demanda potencial, respecto de cuál es la demanda expresada y qué parte de ella se va a demandar por GES. Para eso se hacen los estudios por tipo de seguro. Los estudios y los registros de los mismos tipos de seguros son los que permiten ir haciendo la diferencia, desde la necesidad total.

Según el decreto, y según las características que establece el estudio, cada uno de los grupos de población deben dividirse en el Tipo de Intervención Sanitaria

(TIS) con la que van a utilizar el GES. Básicamente son tres: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Cada uno de estos tipos de intervención puede tener una sola prestación o tener muchas canastas.

En el caso de cánceres infantiles, que incluye alrededor de 85 patologías, las canastas son absolutamente numerosas. Hay muchas canastas para diagnóstico, para tratamiento y para seguimiento; en cambio, hay otros problemas de salud que tienen una sola canasta y una sola intervención; por lo tanto, eso es absolutamente variable y relativo según cada problema de salud.

La demanda estimada en GES para cada grupo de salud, se distribuye en canastas, y por información conocida, respecto de cómo la población las usa, hay algunas canastas en las que se sobreestima el uso. Por ejemplo, en el caso de infarto al miocardio, la canasta de diagnóstico, evidentemente, es el electrocardiograma. Es altamente probable, y les sucede a mucha personas, que cuando llega a un servicio de urgencia, en primera instancia se sospeche un infarto; por lo tanto, se realizan un número de electrocardiogramas de diagnóstico infinitamente mayor que el número infartos que realmente ocurren. Entonces, esa canasta se sobreestima en base a los datos de uso, por cinco o por diez veces.

Para hacer el seguimiento, como los pacientes tienen libertad de entrar y salir del GES según su tipo de seguro, en los datos de uso, en general, se observa que es poca la población que utiliza los servicios de seguimiento; por lo tanto, cuando uno se fija en los resultados de cada uno de los problemas de salud, uno puede determinar cuál es la demanda esperada en GES y ese número coincide con los casos nuevos y con los casos reales, pero los casos que están en las canastas tienen que coincidir con el desarrollo clínico del problema de salud: cómo se atiende, cuántas personas necesitan diagnóstico, cuántas personas necesitan cada uno de los

tratamientos y cuántas personas continúan con el seguimiento. Eso es necesario de comprender cuando uno revisa la información.

Como dije, la necesidad total fue estimada siguiendo el esquema que mostré. La necesidad total proviene de los estudios científicos, se revisan los estudios de costos anteriores, la encuesta nacional de salud y la información de las sociedades científicas, entre otros.

La demanda potencial se estima a través de indicadores tales como cuánta población hay por seguro y también de datos epidemiológicos de incidencia y prevalencia.

En la demanda expresada uno empieza a utilizar con mayor intensidad los datos respecto de qué es lo que la población realmente hace, de registros de la superintendencia y del Fonasa.

Finalmente, la demanda expresada en GES viene directamente de sistemas de información creados para ello.

Debo destacar que estos sistemas son un problema, no son buenos para la epidemiología, pues fueron creados con otros fines. En el caso del Fonasa, el sistema de registro está basado en el sistema del pago de las prestaciones y no en el sentido de qué le pasa a un individuo. Esto lleva diez años y no creo que exista ningún grupo que haya hecho un estudio que no haga el mismo comentario. Este es un estudio de uso más que de demanda y este sistema de información necesita arreglos para poder hacer un seguimiento de qué es lo que le pasa a una persona que es atendida por un problema de salud GES; no debiera ser solo un registro o un listado de prestaciones entregadas tales como número de cirugías o número de procedimientos.

El registro de las isapres, que tiene una manera distinta de registrar la información, en ese sentido es bastante más precisa respecto de cuáles son los casos que están realmente atendidos, porque su lógica es tomar el dato de la persona, no el de la prestación.

Intentamos hacer una modelación complementaria. Chile es un país que tiene muchos datos y muchos registros. Intentamos hacer un modelo distinto para ajustar la probabilidad de que una persona decida utilizar GES. Es un trabajo que se hizo, pero reconocemos que no dio los resultados esperados, porque efectivamente, tuvo problemas con la lógica de registrar la información, que es distinta desde el punto de vista de lo que pasa en el Fonasa y de lo que pasa en isapres. Me parece que es interesante discutirlo y mostrarlo, porque eventualmente deberíamos llegar a determinar exactamente quiénes son los que usan cada uno de los servicios y, de esa forma, tener datos con mayor certeza. En este estudio la calidad de la información no nos permitió llegar a una conclusión válida.

Finalmente, hay varias diapositivas con las demanda en cada problema de salud y por cada tipo de beneficiario, tanto del Fonasa como de isapres, pero insisto, si van a mirar estos datos acá, en una de las fichas de problemas de salud, este es un número referencial para definir a partir de ahí qué proporción utiliza cada una de las canastas. Estos son datos de cuántos serían los casos prevalentes, por usar alguna expresión. Ahí están todos los problemas de salud, los ochenta.

También, a modo de mostrar qué es lo que ocurre entre los distintos estudios, que son teóricos, a pesar de que ya hay diez años de registro de información, quedaron señalados ahí cuáles son los problemas de salud que tienen mayores diferencias en el número estimado entre el estudio anterior, que es de 2012, y el nuestro. Cabe destacar, si pudiéramos ver los números, que son los problemas que tienen números grandes, que son más nuevos, son los problemas respecto de los cuales hay menos registros; entonces, evidentemente, la calidad de la precisión de la estimación es menor, porque como dije antes, esos estudios son teóricos.

¿Por qué existen tantas fuentes de variación en la demanda? Una es el aumento de la población y la otra es que esos estudios son teóricos. El crear canastas nuevas también genera cambios en la demanda. Evidentemente, cuando tengo insumos, servicios, medicamentos o prestaciones que son mucho más atractivas para la población, hace que la estimación de la demanda cambie.

La subestimación de demanda en el estudio anterior es porque se conocía menos información respecto de cada uno de los problemas de salud y los cambios en la composición de las canastas.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Quiero hacerle una pregunta a la doctora Jadue.

A propósito de las bases de datos, en el estudio que ustedes hicieron se hace referencia a que se usó la misma base de datos que Bitrán y asociados construyeron para el decreto anterior y que, en ese caso, solo la habrían actualizado con Microsoft Office 2010. Dijeron que esa base de datos contiene toda la información y algoritmos necesarios para calcular los costos de los problemas de salud GES.

Como uno de los temas que tiene que ver con las bases de datos y cómo se reprodujeron, vinieron cálculos después. Entonces, me gustaría que nos aclarara de qué manera es usada esa base de datos en el ministerio para calcular y si tiene relación con la frecuencia de prestaciones y con el Sigges (Sistema de gestión de Garantías Explícitas de Salud)

La señora **JADUE** (doña Liliana).- No, no tiene relación con el Sigges.

La base de datos es un programa hecho en una planilla Excel, que tiene distintas hojas con datos sobre las poblaciones, las canastas y los precios. En la hoja que uno trabaja -actualizada por la población y para el período que corresponde- se ingresan primero las personas que van a tener la demanda, lo cual está cargado en el sistema y en cuyo caso las proporciones que hemos creado

se vuelvan a poner, así como las del uso de las canastas y el equipo de costos, lo que puede explicar mejor don Alberto Muñoz. Pero cada canasta, en particular, viene directamente del Fonasa, la que entrega y dice: "Esta es la canasta. La canasta va a tener la droga 1, 2, 3 y 5.". Entonces, se carga en la planilla la droga 1, 2, 3 y 5, lo cual fue revisado completamente.

Ahora, trabajé con el señor Bitrán en dos propuestas anteriores en las que usábamos este mismo modelo que se fue perfeccionando en el tiempo, pero ese es un producto que es de propiedad del Minsal. Entonces, en esa oportunidad, estaba establecido en la licitación que ese producto se podía seguir usando, ya que es un programa que hace el trabajo. En caso contrario, había que buscar a otros informáticos que lo diseñaran de nuevo, sin embargo, lo que se actualiza se carga a los datos. Si bien, este programa es una planilla *Excel* muy avanzada, no deja de ser, en el fondo, una planilla *Excel* y no hay conexión de esa base de datos con Sigges. Cada uno de los epidemiólogos redigitamos los datos de demanda en este programa.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, quisiera pedir en cuaderno separado respecto del rol del Fonasa en el tema.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Muy bien.

Tiene la palabra el señor Alberto Muñoz.

El señor **MUÑOZ**.- Señora Presidenta, trabajo en el Instituto de Administración de Salud de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.

En la lámina podemos ver que la parte de costos en total aparecen cerca de 1.800 prestaciones. En costo lo que se hace es tarificarlas; hay prestaciones aranceladas que forman parte básicamente de los aranceles de la modalidad de atención institucional y de la libre

elección del Fonasa; hay otro grupo de prestaciones que son no aranceladas y que son la mayoría, en las que hay medicamentos, insumos, órtesis, prótesis y, finalmente, otra serie de prestaciones que no están aranceladas en la MLE y en la MAI y que se homologan algunos de los códigos que forman parte de dichos aranceles. Esa es la idea.

En la lámina podemos ver lo que hemos hecho en el caso del Fonasa. Una de las grandes diferencias que había respecto de los estudios anteriores es que en esta ocasión se contó con el estudio de 2011 de la Pontificia de la Universidad Católica, en particular, de la Escuela de Salud Pública, donde ellos tarifican directamente alrededor de 130 prestaciones, de las cuales 10 corresponden a canastas de prestaciones y las 120 restantes son individuales. Dentro de ese grupo de prestaciones hay varias que fueron costeadas a través del método tradicional del *Focus*, que fue instaurado en los 90 por el Fondo Nacional de Salud, así como otros grupos de prestaciones que no formaron parte del estudio de la Universidad Católica, donde lo que se hizo fue tomar los precios que estaban en 2012 y llevarlos a junio de 2015 a través de la variación del índice de precios al consumidor.

Finalmente había seis prestaciones que no cumplían con ninguno de los criterios anteriores, donde lo que hicimos fue tomar los valores que estaban en la MAI o en la MLE eligiendo el menor entre ellos.

Respecto de los no arancelados tomamos los precios de la Central Nacional de Abastecimiento, las licitaciones de mercado público y, si no estaban en alguna de las dos bases de datos anteriores, se toma el estudio de 2012, si es que existe, y se actualiza por IPC. Igual tuvimos acceso a una base de datos que nos transfirió el ministerio y la IMS *Health*, con la cual se trabajó y, finalmente, los precios de los aranceles de la MAI y de la MLE.

En el caso de las isapres, la gran diferencia con los estudios anteriores es que solicitamos a la Superintendencia -y acá está el superintendente- que requiriera a la institución de salud previsional el envío de sus bases de datos respecto a los convenios GES, en el sentido de cuáles eran los precios y qué pasaba con el número de personas que se estaba atendiendo en dicha cobertura de salud.

Luego usamos los precios que nos entregó el Ministerio de Salud, que son de la Superintendencia de Salud, que corresponden a los valores de prestadores preferentes de 2013 y se actualizaron con el IPC.

No tuvimos acceso ni a los precios ni a las bases de datos anteriores de un grupo pequeño de prestaciones; alrededor del 7,4 por ciento y, en algunos de esos casos, salvo el estudio de 2012, y en un 0,8 por ciento usamos el vector de precios públicos. Ahora, en lo no arancelado usamos la base del IMS y ahí tomamos los genéricos y, si no estaban disponibles como tales, usamos una serie de criterios que nos hacía tomar el valor más caro aunque la idea era tomar el valor más barato. En tercera instancia tomamos los precios del IMS de 2012 y, finalmente, el vector de precios del Fonasa como buen referente respecto del precio de las isapres.

Aquí está el costo estimado para los 83 y los 80 problemas de salud.

Los 83 bordeaban las 4,86 unidades de fomento y en el caso de los 80, alrededor de 4,54 para el caso del Fonasa; mientras que, para el caso de las isapres, la pueden ver, y en total son 4,545 y 4,231. Esos son los valores que se estimaron para los 83 y para los 80 problemas de salud.

Cuando uno analiza encuentra que gran parte del costo del Fonasa corresponde a un 86 por ciento, pero cuando se analiza respecto al número de beneficiarios esta participación cae a cerca del 80 por ciento. La explicación que hay entre uno y otro es una proporción de

potenciales pacientes de isapre que no usan el AUGE o el GES, y ello está demostrado con el data de la Superintendencia -y el superintendente puede abordar con más detalle el tema-, pero desde que se creó el AUGE hasta hoy no hay habido cambios radicales en este.

En esta lámina podemos observar la figura que muestra cuáles fueron los problemas más caros y más baratos de salud. El más caro fue la enfermedad renal crónica en la etapa 4 y 5 mientras que el más barato es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Hay un orden decreciente.

Lo importante es que gran parte del costo está justificado por 20 problemas de salud, los cuales explican alrededor del 70 por ciento del costo esperado por beneficiario, y los 60 problemas de salud restantes explican menos del 31 por ciento. Creo que esa es la gran conclusión. No es un descubrimiento de este estudio, ya que básicamente son los mismos problemas desde que se fueron incorporando al AUGE.

Acá podemos ver las explicaciones de por qué hay diferencias entre 2015 y 2012

En el caso de los privados, por primera vez, tuvimos acceso a los precios y a la frecuencia de los convenios que tienen las isapres. La primera vez que se solicitó fue en el Gobierno del Presidente Piñera, pero en el estudio de 2012 no alcanzó a incorporarse, por lo que volvimos a solicitar uno y son una buena base de precios de medicamentos que antes no estaba disponible.

En el caso de los precios públicos, el estudio de Costo y Prestaciones de 2011, de la Universidad Católica, marca una diferencia importante de tener en cuenta.

Por el lado de la demanda, aumentan los beneficiarios del Fonasa respecto del estudio de 2012 y en el análisis encontramos que había alguna subestimación que obedece, única y exclusivamente, al avance del conocimiento de la experiencia entre el período que se hizo el estudio de 2012 y el que se hizo ahora. No es para nada atendible al

momento que se hizo el estudio, sino que es un problema de desarrollo del conocimiento.

Finalmente, la otra explicación es que hay mejoras en 16 canastas, lo que no se puede soslayar.

Por último, se hicieron dos ejercicios de simulación. En el escenario 1 se toman los precios de las prestaciones de 2012, ajustadas por inflación; los precios de los aranceles MAI y MLE y los precios de prestaciones de estudios anteriores al realizado en 2012. Todo ello, ajustados por inflación.

En el escenario 2 se toman los precios de los estudios de la Universidad Católica de 2011, pero solo aquellas prestaciones que fueron costeadas directamente. El resto de ellas las soslayamos, porque se establecían variaciones respecto de algún precio promedio y el estudio no es tan claro en cuanto al por qué ocurren esas variaciones, pero en lo que está costeadado directamente no hay vuelta que dar y no requiere análisis posteriores.

Acá tengo la síntesis de los resultados.

Las barras en azul corresponden al escenario base y están con dos decimales, por eso las diferencias que les señalaba. El color medio rojizo corresponde al escenario 1; más bajo de todos. Finalmente, el color verde corresponde al escenario 2, que incorpora algunas de las prestaciones costeadas por el estudio realizado por la Universidad Católica, en 2012.

Ustedes pueden apreciar las diferencias tanto para los 83 problemas como para los 80 problemas de salud.

Como conclusiones se encuentran las fortalezas del estudio. En la estimación del costo esperado en isapres usamos fuente de precios privados y frecuencia de prestación en convenio, entregados directamente por las isapres a la Superintendencia. Se usó una base de datos que para estudios anteriores no estaba disponible, que *per se* genera mejoras.

En el caso de Fonasa hay precios públicos, costeados directamente en terreno por un estudio realizado por la

Universidad Católica y, además, hay demandas con información de usos complementarios al Sigges, como parte de la mejora en acceso a datos que entregó Fonasa en algún minuto del desarrollo del estudio.

Lo otro es que se hace un análisis más acucioso respecto de las sensibilizaciones y los efectos.

No podemos dejar de recalcar lo que planteó la doctora Jadue, respecto de que hay limitación en los estudios epidemiológicos nacionales de prevalencia e incidencia y, además, que hay comportamiento heterogéneo en las personas por esta posibilidad que tienen algunos de arbitrar, pues en ciertas instancias entran al GES y en otras, no. No hay una regla única.

Los sistemas de información no son homogéneos. Sabemos que Fonasa y la Superintendencia están trabajando en esa materia, pero en todos los estudios hasta el 2015 no ha habido una base única. Es importante trabajar aquello para tener mejores modelaciones de demanda para futuros estudios.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Realizaremos las preguntas de inmediato.

La idea es que hagamos las preguntas a los expertos que han expusieron sobre el estudio, que fue base del GES en 2016, y a los expositores de la semana pasada.

El señor **MACAYA**.- Señora Presidenta, ¿las presentaciones están disponibles?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- La exposición que acabamos de escuchar la están fotocopiando para distribuirla.

Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, por su intermedio, quiero conocer la opinión de los invitados respecto de la discusión que se ha dado por los problemas de financiamiento del sistema.

Han venido distintas personas a fundamentar y a ratificar que está desfinanciado el plan Auge, que se hizo una subestimación del costo en el decreto de 2013;

que la diferencia de metodología para actualizar el valor del Promedio Ponderado de las Variaciones (PPV) más 9 por ciento no era como se hacía habitualmente -PPV más 30 por ciento-, significó una subvaloración y un daño.

Me gustaría que den su opinión sobre la estimación de costos del decreto anterior, que tiene una prima similar a lo que finalmente se termina utilizando. También sobre los problemas que podría haber generado el cambio de metodología y, fundamentalmente, saber si efectivamente está subvalorado el sistema AUGE, porque cuando se le preguntó a la gente de la Dipres en la sesión pasada, dijeron que no sabían y que, incluso, creen que no está subvalorado. Cuando se les pregunta por qué piensan así, dicen que Salud no es capaz de mostrar que está realmente subvalorado.

Claramente, ahí uno aprecia las deficiencias de información, de números, etcétera.

Por tanto, me gustaría saber cuál es su opinión al respecto, pues más allá de errores más o errores menos de los decretos en frecuencia, la discusión de fondo es si el sistema AUGE está subvalorado o si esta prima tope del proyecto es un límite para que funcione bien, etcétera.

Quiero conocer su opinión más de fondo sobre la problemática. Ello, entendiendo que ustedes son expertos en costeos y que podrían hacer frente a una opinión sobre Hacienda.

En segundo lugar, al ver los números se encuentra con que la prima promedio es más baja que la que se establece para Fonasa, porque es más bajo en isapre. Específicamente, ¿a qué se debe? ¿Tiene un menor costo, porque los pacientes -como ustedes dicen- no consultan a través del sistema? ¿Cuál es la razón para que exista tal diferencia entre el sistema público y privado en la prima del costo?

Por otra parte, señora Presidenta, por su intermedio, le quiero hacer unas preguntas al superintendente de Salud.

En agosto próximo se cumplirán 11 años del Plan AUGE. Por ello, me gustaría saber cuál es su evaluación, como entidad fiscalizadora.

También me gustaría tocar una parte del Plan AUGE que se toca poco, pero que es muy relevante. Me refiero a la garantía de calidad.

¿Chile está en condiciones de garantizar la calidad de la atención de salud a los usuarios del sistema AUGE? Entró en vigencia la garantía. ¿Cuáles son las debilidades de proceso de acreditación? ¿Qué cambios debieran generarse en esta materia? ¿Cuáles son los desafíos urgentes que tiene este proceso de establecer las garantías de calidad?

Los parámetros de la OMS (efectividad, eficiencia, credibilidad, centro del paciente, equidad) ¿se cumplen en nuestro país? Hace poco vimos una intervención sobre el Hospital San José, en la que dijo algo de perogrullo, cual es que no cumple con los parámetros básicos de calidad, dado el colapso del hospital. Sin embargo, en el decreto de marzo de este año se agregó una cláusula que dice que no entrará en vigencia la garantía de calidad en todos los hospitales y recinto en los cuales se haya declarado una alerta sanitaria de cualquier tipo.

Entonces, finalmente, doblamos la mano a la entrada en vigencia de la garantía de calidad a través de esta herramienta, porque pongo alerta preventiva de cualquier cosa y se acabó la garantía de calidad. Además, la alerta preventiva la pone la autoridad, entonces, si me veo en problemas, declaro esa alerta y ya no entra en vigencia la garantía de calidad. De esa forma no hay problemas con el Hospital Sotero del Río y para un montón de otros hospitales.

¿Cuál es la idea en materia de garantía de calidad?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Javier Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señora Presidenta, al pasar las láminas de la exposición, me fijé en que algunas

enfermedades tienen una notaria diferencia a nivel de prevalencia.

Me gustaría saber si hay algún diagnóstico al respecto. Les hago la pregunta al superintendente de Salud y a los invitados, para que justifiquen por qué esas enfermedades poco prevalentes siguen ahí.

En los últimos años hemos tenido una vorágine y una presión para incorporar nuevas enfermedades al AUGE y, quizá, esa es la justificación de cuando uno hace estudio del año siguiente sobre si se incorporarán en las 80 enfermedades, otras cinco más.

Quiero conocer su mirada al respecto, pero, fundamentalmente, sobre la baja prevalencia de algunas enfermedades y la necesidad de sacar algunas e incorporar otras. En definitiva, el AUGE siempre tenía como funcionamiento eje el hecho de que se tenía que tratar de enfermedades de alta frecuencia en la población chilena.

Me interesa la opinión de la Superintendencia, porque una de las cosas que se han planteado a propósito de las utilidades de la isapres. No manejo los números exactos, pero dentro de las utilidades de las isapres en los últimos años, una parte importante tenía que ver con subutilización del AUGE. Subutilización que, en definitiva, uno asume

FALTA TYRBOOOOOOOOOOO 5555555555 asume cuando una persona que está afiliada a una Isapre prefiere atenderse con su médico de confianza y no va la red AUGE que está preestablecida en su aseguradora. También, respecto a eso, si hay alguna mirada de cambio. Porque el AUGE, yo creo que, siendo una política pública relativamente exitosa -el relativamente está dado fundamentalmente por las listas de espera y por la gente de la que se conocen casos dramáticos donde no se está cumpliendo en muchos casos la garantía de oportunidad y en otros tantos,

también, la garantía de calidad-, respecto a qué se puede hacer eventualmente con esas ganancias, porque vamos a reformar el tema de las isapres o se asume que en algún momento va a haber alguna reforma, en algún momento; es una reforma que se ha venido esperando durante varios años.

Pero yo me imagino que respecto de ese tema hay una mirada. Y ustedes también, qué se puede hacer, en su opinión, que yo sé que es más numérica y es de cálculo y estimación de costos, pero meterle un poquito más de eficiencia de uso, tanto en la aseguradora pública como en la aseguradora privada.

Y por último, si dentro de los estudios que ha hecho la Universidad de Chile, si ustedes tienen cruces en torno a la eficiencia y costos en razón de los prestadores, no en razón de los aseguradores, con distinción de si se trata de prestadores públicos o privados. Yo sé que existen, muchas veces, diferencias siderales, en paquetes y en licitaciones que se hacen muchas veces respecto de la posibilidad de acceder a un volumen importante de prestaciones desde el mundo privado, desde los prestadores privados, para llevarse, no sé, tanta cantidad de cirugías que están cubiertas por el AUGE... Yo no sé si hay datos duros respecto a eso, de poder meterle costo y la eficiencia también, en función de si se trata de prestadores públicos o prestadores privados. Los prestadores, no los aseguradores.

Esas son las preguntas, Presidenta.

La señora **TURRES**, doña Marisol (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Miguel Ángel Alvarado.

El señor **ALVARADO**.- Señora Presidenta, la doctora Jadue dijo en algún momento que no se había hecho ese análisis, pero a lo mejor el Minsal o la superintendencia tienen, respecto de patologías no AUGE, *versus* AUGE, desde el punto de vista de morbilidad, de mortalidad de los pacientes, cómo esto ha influido, porque si seguimos haciendo un modelo que aparentemente es exitoso, cosa que

yo tengo mis aprensiones, nunca vamos a saber. Entonces, si existe ese estudio o si se tiene en vista.

Y la otra cosa. Las Isapres, en su momento, pusieron aumento de los costos y de las primas. ¿Esto se puede discriminar un poco más? Lo pregunto, porque al final de los análisis de las isapres, estas registran ganancias o registran usuarios que no han utilizado el modelo en estas patologías, por distintas razones. ¿Cómo se explica eso, entonces? Que por un lado aumente el costo de los usuarios y, por otro lado, no se utilice.

El tercer punto. Existe mucha presión, sobre todo social y política, de incluir nuevas patologías, y creo que hay argumentos suficientes, desde el punto de vista médico, para justificar el porqué no están, siendo que deberían estar.

No lo sé, pero la Hiperplasia Benigna de Próstata me parece bien que esté incluida, pero el cáncer pulmonar no lo está.

No se trata de ir solo a los temas de las valoraciones de los costos, materias que en Chile se manejan bien, pero muchas veces subvaloradas y con mucha dificultad, sobre todo en el mundo público. También me interesa la mirada de que así cómo se incluyen, a lo mejor, también se pueden sacar patologías. A lo mejor, es una mirada política no muy grata para la gente, pero produce un mayor efecto, si eso es lo que pretende el Auge.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Quiero agregar una pregunta que tiene que ver con lo anterior, y me gustaría conocer la opinión de los tres representantes que se encuentran acá.

Cuando se creó el Auge, la idea era implementar un plan con la misma lógica de las isapres, es decir, con una serie de prestaciones que garantizadas, y se proyectó que se alcanzaría el régimen de garantías pleno en tres o cuatro decretos, aproximadamente. Se comenzó con un piloto de cinco enfermedades, luego se amentó a 11 y así,

sucesivamente, se fueron agregando con la idea de terminar en 56.

Luego de eso, sin ajustar la metodología con que se diseñó el programa, se aumentó progresivamente el número de prestaciones garantizadas, pues era un anhelo de todos a los que les tocaba establecer un nuevo decreto AUGE incorporar nuevas patologías.

Ustedes, que son los expertos en estudios, supervisión y todo lo demás, ¿creen que en ese momento se debería haber hecho un alto, y hacer una reconversión o reingeniería del plan?

Porque, al final, se agregaron patologías y se ajustaron precios y frecuencias al alza o a la baja, de acuerdo con lo observado y no de acuerdo con la demanda, etcétera.

Entonces, sobre ese tema, me gustaría que se pronunciaran los tres.

Tiene la palabra el señor Muñoz.

El señor **MUÑOZ**.- Respecto de la pregunta de la diputada Rubilar, la fuente del costo total es muy simple, son tres básicamente. La primera son los problemas que se incorporan; la segunda son las canastas que la autoridad sanitaria establece para solucionar los problemas en cuestión y, la tercera, son los precios asociados a las prestaciones que conforman esas canastas.

En este estudio en particular, se tuvo la ventaja de contar con estudios de costos en el sector público, que no estaban disponibles desde hace mucho tiempo, porque lo que se ha hecho históricamente es tomar el arancel de la MAI (Modalidad de Atención Institucional), el que, como todos sabemos, es un arancel de copagos, no un arancel de transferencias; por eso se crean todas estas otras figuras financieras para soportar el costo de funcionamiento de los establecimientos.

Ahora, aun cuando tuvimos esa ventaja, igual el número de prestaciones que está costada no es el más significativo. Si ustedes vieron, cambia si uno toma o no

toma las que fueron costeadas directamente. No sabemos qué pasa con el resto de las prestaciones que conforman los aranceles MAI de los establecimientos asistenciales de la red pública.

Además, tiene otro inconveniente, que es que no hay estudios de costos acabados de lo que está pasando en la atención primaria. Nosotros tuvimos hace poco, como institución, que entregaron un informe final respecto de la red de urgencia del sistema público, y las brechas de información entre los servicios de salud y, en particular, respecto de las municipalidades y los establecimientos que forman la red de urgencia de dichas municipalidades, son abismantes.

Entonces, ahí hay otro problema, pero no se dispone hoy día de estudios, antecedentes o datas que estén validados por todos los estudios que permita decir cuál es el costo de producción de un grupo de prestaciones que es muy relevante dentro del AUGE.

La otra discusión que nos falta es sobre las canastas.Cuál es la canasta que hoy, como país, estamos dispuestos a poner sobre la mesa para solucionar el problema de todos los que formamos parte de esta comunidad de personas. Ahí hay una discusión pendiente, una discusión más bien clínica, que yo, como economista, la miro más del lado; pero que no deja de interesarme, porque es muy relevante.

En síntesis, creo que nosotros hemos avanzado en mejorar los estudios de costo. Lo más probable es que, cualquiera que se haga hoy día, será mejor que el que hicimos nosotros, porque va a tener mejor data, va a tener un avance tecnológico de tres, cuatro o cinco meses respecto de cuando nosotros lo hicimos, porque se sabe de algunos problemas que nosotros encontramos y los explicitamos, y el ministerio aprendió que había otras dificultades que hace dos o tres años no se conocían; es un proceso creciente de conocimiento por parte de quienes conforman dicha comunidad. Entonces, no me extraña que si

hoy día se hace un estudio, o en un mes más o en dos, va a tener mejores resultados; pero la pregunta es la que plantea la doctora Rubilar: ¿Efectivamente eso da cuenta y responde a los requerimientos de Hacienda? Mientras no tengamos resuelto lo que yo les comentaba, no podemos sentarnos a la mesa con Hacienda y decirle: Mira, tú estás en lo correcto o estás equivocado. O al revés, tampoco lo puede hacer Hacienda y tampoco el ministerio.

En síntesis, me parece que es una discusión en la cual faltan datos, faltan antecedentes, falta información para tener una conclusión. Más bien, lo que hay que hacer es trabajar para disponer de esos antecedentes para resolver el tema.

Respecto de lo que pasaba con la Isapre, en todos los estudios de costo que se han hecho del GES, siempre en el costo de las Isapre la prima ha sido menor que el del Fonasa, siempre.

Nosotros formábamos parte de los que trabajamos en la redacción de la ley, y tenemos la suerte de trabajar y estamos supercontentos con esta política pública. Concuero con usted en que es de lo mejor que se ha hecho en la materia. Como todo, tiene que ser mejorado, perfeccionado, pero es una buena política pública.

Lo digo, porque siempre ha habido en las primas del Fonasa y de las Isapre, y además ha habido una diferencia entre lo que es el estudio, que se le encarga a un grupo de consultores que pertenecen a una universidad o no, respecto del decreto que finalmente se constituye. Son caminos distintos. Lo que hace el estudio es tratar de responder el requerimiento que establece la ley. El costo esperado por beneficiario es mayor, menor o igual que la prima que está establecida en la ley, sí o no. Eso es lo que hacen los consultores.

Un tema distinto es lo que pase con el decreto, y, ciertamente, los consultores no tienen nada que ver con la redacción del decreto, para nada. No corresponde, ni

hoy ni mañana ni ayer. Son temas superdistintos. Espero responder su pregunta.

Yo trabajé en la superintendencia. Siempre pensamos que las tasas de uso iban a ser menores que en el mundo público, pero nunca pensamos que iban a ser tan distintas. Siempre pensamos que los incentivos estaban en los impuestos.

Lo que ha ido ocurriendo -y hay varios estudios que lo corroboran- es que por el lado de los precios, la brecha que hay hoy entre el decreto y los precios que están pagando las Isapre a sus prestadores, es menor que cuando partió el Auge, en términos reales. En el promedio son menores y hay varios estudios en la materia que lo han ido corroborando. Nosotros esperábamos eso.

Y por el lado de las tasas de uso, el arbitraje que ha hecho la población de isapres es mayor a lo esperado. La persona elige la mejor situación -es un tema de racionalidad económica-, la mejor cobertura a la que una persona va a acceder. Si la cobertura es mejor en el GES, dado un estándar de calidad y dado el prestador, la persona se va a ir por el GES. Pero si encuentra que es distinto y este era un prestador preferente o de libre elección, se va a ir por el otro lado. Eso es lo que hacemos todos los seres humanos.

Yo creo que ahí hay que introducir mejoras e incentivos, para que efectivamente eso ocurra. También, hay que incentivar al seguro para que establezca mejores convenios con los prestadores y en esta posibilidad de arbitraje el costo sea mayor para el cliente, y otras medidas más, que es lato explicar. Pero yo me iría por ese lado. Es lo que está en la literatura internacional.

Respecto de si tenemos estudios para ver la eficiencia relativa entre prestadores y privados, como dije, no tenemos, en Chile no hay. En Estados Unidos se está trabajando con un modelo de firma eficiente. En el fondo, uno define: este es el establecimiento modelo que va a solucionar los problemas al mejor estándar de calidad y

al mejor estándar de costo. Eso se toma como referencia y empieza a ver qué pasa con el mundo privado y qué pasa con el mundo público.

Hoy, el Fonasa ha ido caminando en esa dirección a través de los GRB. Es parte de esta tecnología de conocimiento, pero nos falta un paso más allá para seguir avanzando y ponernos a la altura de los países de la OCDE.

Para terminar, respecto de la última pregunta planteada por la diputada Rubilar, sobre los costos de avance tecnológico, creo que ya respondí. Pero repito, un tema son los canastas, otras las frecuencias y otros los precios de las prestaciones. Lo que ha ido ocurriendo es que hay una discusión pendiente con las canastas, pero ahí no me meto. Pastelero a tus pasteles.

En la segunda, algo sabemos, y en la tercera sí hemos aprendido mucho.

Ahora, si ese avance tecnológico respecto de la tarificación de las prestaciones nos permite estar tranquilos, yo diría que nos falta para eso todavía. Hay brechas, como les comenté, en el costo de prestaciones del mundo público, hay brechas aún por el lado privado, pero no se sabe cuál es el precio de eficiencia, entre comillas, porque puede ser que el único prestador que está entregando la prestación sea el establecimiento más caro del país. Pero no sabemos si el establecimiento más caro del país, para esa prestación, está actuando eficientemente. Por lo tanto, ese es un precio que debería guiar el mercado. No lo sabemos. A lo mejor está actuando monopólicamente y rentando como condenado - perdonen la expresión-, y entre todos estamos pagando la cuenta al único prestador que ofrece esa prestación. Ahí nos falta.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra la doctora Liliana Jadue.

La señora **JADUE** (doña Liliana).- Voy a partir por algunas de las preguntas que hizo usted, porque permiten

poner en contexto aquello que tiene que ver con la historia del Auge. Preguntaron por las cuatro patologías y cómo fueron creciendo.

Cuando surge el Auge, en ese momento -después se llamó GES-, se hizo efectivamente un mecanismo de priorización y los criterios de retribución tuvieron que ver con los problemas de salud que tenían mayor costo, mayor morbilidad, mayor prevalencia, también con un componente social, y así se parte diseñando la primera lista de cincuenta y seis problemas de salud, que se fue implementando lentamente. La lista partió teniendo cincuenta y seis problemas de salud, hasta que después, en algún momento -en alguna campaña presidencial- se pasa de cincuenta y seis a ochenta problemas.

Voy a explicar específicamente por qué no está el cáncer de pulmón. Porque, hecho este análisis, de cuáles eran los problemas que más mataban a los chilenos, también se hizo el análisis de qué podía ofrecer la tecnología, la tecnología en cualquier parte y también aquí, en Chile. La idea era que el GES tenía que ofrecer algo mejor que lo que había.

En el caso del cáncer al pulmón, no está, porque no hay buenos tratamientos, y cuando se diagnostica, siempre es tarde. Por eso no está y no va a estar por muchos años en el modelo de atención prioritario. Por lo tanto, a un paciente con cáncer pulmonar, en general, lo que se le ofrece son cuidados paliativos, que fueron uno de los primeros problemas de salud que entraron al GES.

La razón para elegir los problemas de salud, también tiene que ver con la magnitud del problema, pero también tener algo que ofrecer al paciente en una lógica de priorización.

Respecto de esto, también se preguntó sobre si el GES estaba subvalorado.

En esto entran los sistemas de información y la lógica con que operan. El sistema de información del GES parte, en ese momento, con los sistemas de información que

desarrolla el Fonasa para la gestión de los pagos, no parte con una analogía de privilegios, y eso no se ha corregido nunca. Hasta el día de hoy, el Sigges sigue siendo un sistema informático que registra prestaciones y uno no puede seguir el caso.

Nosotros hemos mirado por años, en cada uno de los estudios, la serie de personas en diagnóstico de seguimiento y en tratamiento, pero no tiene ninguna lógica clínica. Uno puede ver una tendencia al crecimiento, pero no tiene ninguna lógica clínica. Entonces, empezamos a hacer algoritmos que tenían que ver con cuál era el comportamiento de la población. Y uno trata de diseñar un modelo de cuál es el comportamiento de la población con la información de la Isapre y con la del Fonasa. Eso es lo que realmente hacemos. Buscamos diferencias, cruzamos información con lo que pasa en la atención primaria y se trata de diseñar un modelo, que queda registrado, por lo demás, en el estudio de las setecientas páginas. Las setecientas páginas son por eso, porque en cada uno de los casos está explicada la lógica que se siguió para ese modelamiento.

Definitivamente creo que hay problemas de salud que no deberían estar en el GES, porque no tienen la relevancia, no tienen la preexistencia que necesitan para estar ahí. Pero hasta ahora nunca ha habido un consejo consultivo que retire un problema de salud, solo problemas de salud que han agregado. Y estos problemas de salud que se han agregado se supone que están avalados -la doctora Aguilera lo puede decir- por estudios que justifican su inclusión. Pero ahí hay opiniones con las cuales uno podría discrepar.

Porque existen problemas de salud que la población de las isapres usa poco. Un niño con una bronquitis aguda, una vez que ya fue a un servicio de urgencia y le dieron un antibiótico, esa mamá probablemente va a tener muy poca disposición de hacer el trámite en la Isapre, para que esta le busque un médico y le dé la receta para que

le paguen el antibiótico, que muchas veces tiene un costo no demasiado alto, así que va a la farmacia y lo compra. Entonces, las diferencias del uso del GES en infecciones respiratorias agudas en el niño, en Fonasa y en Isapres, son impresionantemente distintas.

En cambio, otras prestaciones que tienen mayor costo y que la población tiene poca disposición en uso, como son las prestaciones en salud oral, es notable cómo han cambiado. El análisis inicial era que la población de Isapre no iba a usar el GES del niño de seis años, el del adulto, porque no existe siquiera demasiada tradición de ir al dentista. Bueno, uno puede ver cómo ha ido incrementando la curva de uso, porque se han dado cuenta de que es una excelente prestación y que no tiene demasiado costo. Entonces, eso se puede ver.

En la prestación del parto en el GES, el uso en Isapre es mínimo, o sea, no lo usan. Una mujer embarazada tiene muy poca disposición a cambiar su médico para irse a un hospital o a un lugar que no es el de su preferencia. Todo esto se analiza y se incluye en cada uno de los 80 problemas y esto está escrito si tienen tiempo alguna vez para poder leerlo. Así que, esa es la razón por la cual el uso es tan diferencial.

La otra cosa que ha ocurrido también, y que conocemos los médicos en general y la gente del sector salud, es que hay una práctica clínica diferencial. Cuando los equipos de salud saben que hay un examen o una prestación que es GES y que la pueden obtener más rápidamente para un paciente, aunque sepan que ese no es el diagnóstico, lo hacen. El espíritu de eso es ir en beneficio del paciente.

Es como el ejemplo del electrocardiograma o cuando estamos en un servicio de urgencia y necesitan a la brevedad una ecografía abdominal, y tienen que elegir a qué paciente tratar, entonces es mejor ponerle un diagnóstico GES, para que la persona obtenga su ecografía

a mayor velocidad, porque la va a obtener un poco más rápido que si su diagnóstico no es GES.

Es una práctica clínica que se ha hecho frecuente en beneficio de los pacientes en el sector público. Uno lo puede ver, porque hay uso de exámenes, que es completamente incomprensible, que no sigue absolutamente ninguna lógica. Pero si uno empieza a pensar para qué otra prestación o para qué otro problema de salud tiene lógica ese examen, uno se da cuenta de que actúan en beneficio del paciente y, por lo tanto, es mucho más honesto costear la prestación en este estudio, incluidos esos casos, y por eso vuelvo a decir que este es un estudio de uso y no un estudio de costo.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra la doctora Aguilera.

La señora **AGUILERA** (doña Ximena).- Señora Presidenta, voy a retrotraerme un poco al objetivo del AUGE, cuando se crea, que, en el fondo, de alguna forma refleja un pacto social, un pacto entre el Ministerio de Salud y de Hacienda.

Nosotros todavía tenemos un sistema de salud orientado preponderantemente a tratar enfermedades agudas en un país que estaba enfermando y muriendo de enfermedades crónicas. Esa era la situación cuando comienza esta reforma.

A pesar de las reformas realizadas durante la década del 90, prevalecía este problema de tener una función productiva de consultorio y hospital orientado a lo materno-infantil e infeccioso. Por lo tanto, no había espacio para atender las nuevas prioridades relacionadas con el envejecimiento poblacional y con el nuevo patrón de costumbres, incluso el tema del cambio de conducta, la obesidad, el aumento del consumo de drogas, por ejemplo; el consumo de alcohol, que ha sido un flagelo que hemos tenido desde la época de La Colonia, en todo caso.

En ese contexto, se plantea este programa de salud, esta reforma, que trata de establecer y establece, por

primera vez en forma explícita, un principio de derecho a la salud, y que desde el punto de vista de los salubristas que nos tocó trabajar en ello, entre los cuales también está la doctora Jadue, nos tocó discutir cuáles iban ser. En un momento, surge la idea de que se van a dar garantías explícitas para problemas de salud y empieza la discusión sobre qué problemas de salud.

Para los salubristas era muy importante que los problemas de salud garantizados fueran los problemas que generaban la mayor carga de enfermedades del país, es decir, que el programa impactara en mejorar la salud de los chilenos.

Para los economistas, que también tienen una visión válida, el programa tenía que impactar en las enfermedades de alto costo, que significaban un gran gasto de bolsillo, que es una situación que al día de hoy todavía sigue siendo importante. Por eso existe la ley Ricarte Soto, por ejemplo. Entonces, son prioridades que en el fondo, desde el punto de vista de la autoridad, se tienen que balancear.

En definitiva, las enfermedades que entraron al AUGE fueron enfermedades que tuvieron una alta carga de enfermedad, pero para las cuales había intervenciones eficaces, lo cual no ha sido demostrado para el cáncer de pulmón, así como acaba de mencionar la doctora Jadue. Lamentablemente, no hay intervenciones que hayan sido demostradas de alta eficacia y la sobrevida promedio, que es lo que tenemos que ver en los estudios, es bastante baja. Por eso, es una enfermedad que no ha entrado al AUGE.

Entonces, tenían que incorporarse enfermedades de una alta carga de enfermedad idealmente, que tengan intervenciones eficaces, que exista capacidad de oferta en el sistema para entregarlas con la misma garantía de oportunidades desde Putre hasta Magallanes, porque la garantía de oportunidades debe ser igual para todo el país. Por lo tanto, tenía que haber una capacidad de

oferta para responder a ella y, además, debía responder a las prioridades sociales de la población.

Porque, por ejemplo, hay enfermedades de baja prevalencia, como el cáncer infantil. Sin embargo, creo que ninguno de ustedes estaría de acuerdo en eliminarlo del AUGE, porque es una enfermedad que a pesar de que la carga de enfermedad incluso no es alta, tiene una preferencia social muy importante en la sociedad chilena. Nosotros priorizamos todo lo que afecta a los niños. Entonces, esa es otra de las puertas de entrada de las enfermedades al AUGE.

Preguntaban sobre los estudios de enfermedades AUGE y no AUGE. ¿Qué enfermedades importantes no están hoy día en el AUGE? Importantes desde el punto de vista epidemiológico: la demencia. La demencia es una enfermedad que no está en el AUGE y es la sexta causa específica de muerte hoy en Chile y tiene una tendencia que va a seguir aumentando. En la encuesta nacional de salud que se hizo en 2009 -estamos esperando los resultados de la nueva, que empezó recién en terreno-, ya el 10 por ciento de la población sobre 60 años tiene trastornos, tiene deterioro cognitivo. Entonces, es una magnitud que va en aumento.

¿Por qué no ha entrado la demencia? Bueno, esta es una de las discusiones que tuvimos cuando se pasó de las 56 a las 80 enfermedades, en que algunos salubristas queríamos meterla en los estudios, pero también empieza a topar con el tema de que si hay una intervención eficaz. Eficaz para tratarla y responder y disminuir la carga y tratar de que la gente mejore, no hay. Pero sí para mejorar la calidad de la sobrevivida.

Entonces, ahí comienza la discusión técnica de qué enfermedades entran y cuáles no. Entonces, la demencia es una gran enfermedad que no está.

La otra enfermedad grande que no está, que es importante en causa de muerte, además del cáncer de pulmón, que es importante, es el tema de la cirrosis

hepática. La cirrosis hepática produce gran cantidad de muerte, que es un flagelo del consumo de alcohol muy importante, tampoco tiene intervención en el AUGE, por lo mismo. Porque no se ha establecido hasta el momento cuando se estudió, alguna intervención que permitiera realmente una mejoría, una mejoría de la sobrevivencia, que diera evidencia de eficacia. Pero esas son enfermedades que continuamente cuando se reproriza, es decir, si se aumenta la prima y existen posibilidades de incorporar nuevas enfermedades, deberían entrar a la discusión nuevamente. Esa es la forma como se plantea.

El consejo consultivo responde a la propuesta de priorización que hace el ministerio, y lo autoriza. Señala si está de acuerdo o no está de acuerdo. Pero preponderantemente el consejo consultivo es consultivo para el efecto de la priorización de los problemas de salud del AUGE.

El tema de que se haya implementado con gradualidad significó un gran aprendizaje. Al principio, me parece que en el gobierno del Presidente Lagos se quería avanzar bastante rápido en hacer las garantías de todas las enfermedades. La verdad es que el sistema público no estaba en condiciones de garantizar la misma garantía de oportunidades y la capacidad de oferta para todo el país, y eso imprimió el hecho de que se le exigiera una cierta gradualidad en la implementación, lo que encuentro que fue bastante exitoso, en el sentido de que cuando se llegó a las 56 enfermedades, sí se tenía una cierta garantía, como mostró el doctor Inostroza la semana pasada. Había bastante cercanía entre la prima que se propuso en Hacienda y la que venía en el estudio y la que se utilizó.

Desde mi punto de vista y el de varios técnicos que estábamos en el ministerio cuando se pasó de las 56 a las 80 enfermedades, era deseable que hubiera una prima nueva. O sea, efectivamente, como mencionó el doctor Inostroza, la prima fue estimada para 56 problemas.

Cuando digo al principio que este es un pacto social porque en el fondo el Ministerio de Salud necesitaba más recursos, había que pedírselos al Ministerio de Hacienda.

Para el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Salud es un hoyo negro. O sea, como que mete y mete plata y no sale nada. Bueno, el AUGE fue una forma de blanquear ese hoyo negro, porque en el fondo uno dice estas son las enfermedades, estas son las prestaciones que vamos a hacer, esto es lo que usted me tiene que entregar. Por lo tanto, se hace un pacto explícito. Este es el paquete AUGE, esto es lo que usted nos da y, por ende, no hay hoyos negros en el AUGE.

Sin embargo, esa prima inicialmente calculada fue para 56 problemas. No estaban todas. Se supone que la prima es para las cuatro garantías. La garantía de calidad no estuvo. Recién ahora se va a implementar. Por lo tanto, debería haber sobrado un poco de prima, y con las limitaciones que tienen los estudios de verificación, etcétera, pensamos que, prácticamente, era imposible incorporar nuevos problemas sin una nueva ley y así lo presentó el mismo Sebastián, quien participó en una propuesta de ley, que finalmente no prosperó. El ministerio no la presentó, no se discutió con Hacienda, no entiendo por qué, no conozco las razones por las cuales no fue hecho eso y finalmente hubo dos gobiernos que ampliaron la cantidad de enfermedades dentro de la prima que está actualizada, pero es la prima calculada para los 56 problemas.

Formalmente, el director de Presupuestos tiene razón cuando dice que no puede haber desfinanciamiento, porque el marco presupuestario lo define Hacienda y lo que proponga el ministerio tiene que calzar en esa propuesta.

Así existe esta situación que uno piensa, bueno no puede ser, tanto que la Corte Suprema autorizó a las isapres a aumentar la prima del Auge cuando pasaron de 56 a 80, porque era lógico que con la misma plata no se garantizarían 80. Es la única vez que la Corte Suprema ha

autorizado a las isapres a aumentar la prima, para aumentar la prima del Auge. Es lo único que se ha autorizado cuando han recurrido a la Corte.

Para nosotros eso también era lógico y en el fondo era raro que se haya logrado implementar las 80 con la misma prima. Tenemos todas esas limitaciones del estudio, que ciertamente se debieron haber priorizado en ese momento en que yo ya no participaba en el ministerio. Cuando comenzaron, participé en todo lo que fue el diseño de los estudios para elegir esas 80, pero no en el momento en que se armó el paquete final, y uno puede armar paquetes con enfermedades que implican menos costo de implementación, por ejemplo todo lo que es medicamentoso. Es más barato meter una garantía o más fácil un tratamiento medicamentoso que algo que requiere intervención quirúrgica, porque para los medicamentos solo necesitas tener médico.

En cambio, si vas a entrar con intervención quirúrgica tienes que tener los pabellones, tenerlos operando, garantizar que funcionen en todos lados, lo cual es bastante más complejo. Desde mi punto de vista, sí, efectivamente deberíamos tener una prima nueva.

En cuanto a las canastas que mencionó el señor Muñoz, nosotros también pensamos que entran al estudio de verificación de costo y debieran ser canastas que estén acotadas a la realidad. Hay muchas canastas que son armadas por expertos, entonces son canastas ideales y no son canastas que uno las pueda levantar en terreno. Por ejemplo, si una persona con depresión es capaz de asistir a todas las terapias grupales, semigrupales, individuales, etcétera, que pone la canasta, la verdad que lo dudo. Entonces, falta eso.

Hemos propuesto como consejo consultivo que existan realmente estudios del uso. O sea, realmente qué es lo que usa la gente en el Auge y lo mismo con los costos. Hay bastantes estudios, no sé si el señor Muñoz se puede explayar un poco más en el tema de si efectivamente el

arancel de Fonasa cubre los costos, porque ese es el tema. Si el arancel de Fonasa cubre los costos reales de la atención del sistema público.

Hay varios estudios, incluso el mismo estudio de la Católica, que ustedes usaron, muestra que el costo es mayor. De hecho, cuando usan esos estudios quedan con la prima más arriba y si usan el arancel de Fonasa quedan más abajo.

Ese es el tema si efectivamente está desfinanciado o no el Auge. Al meter una garantía de oportunidad si no hay capacidad de oferta en el sector público, porque también hemos visto a través de estos años que los médicos han migrado fuera del sector, cosa que antes no ocurría. Se compra en privado y me imagino que eso tiene un costo mayor que ejecutar esa misma prestación en el sector público. No sé si contesté todas las preguntas, espero que sí.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Muchas gracias, doctora Ximena Aguilera.

Les pido un poquito de paciencia, porque estamos terminando este bloque de preguntas. Ahora, señor Muñoz, si la doctora Jadue lo releva y es capaz de contestar todas las preguntas, lo relevamos, pero vamos a terminar este bloque. Les recuerdo que esta sesión está convocada hasta las 13.30 horas, pero creo que vamos a terminar antes. Después de este bloque vamos a parar un minuto para incorporar a los siguientes invitados.

El señor **MUÑOZ**.- Señora Presidenta, si me permite, de acuerdo con lo que plantea la doctora Aguilera...

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- La doctora Aguilera, haciéndonos un favor, le hizo una pregunta.

Tiene la palabra el señor Alberto Muñoz.

El señor **MUÑOZ**.- Señora Presidenta, no creo haber dicho que el arancel MAI refleje el costo de las prestaciones, porque en definitiva es un arancel de copago; lo plantee en ese contexto. Lo que digo es un poco distinto, creo

que hay que hacer un estudio de costeo más profundo del sistema de las prestaciones, no solamente en la atención secundaria y terciaria, sino que también en la atención primaria. Creo que allí nos falta una brecha para determinar si efectivamente el costeo que está realizado hasta el 2011, que es lo más actualizado que existe, efectivamente refleja el costo real de producción.

Ahora, cuando hablamos de costo real de producción, vuelvo a insistir, es en condiciones de eficiencia, porque esta es una discusión, reflejamos el gasto que está efectuando el sector, pero no sabemos si este cumple con el criterio mínimo que establecemos los economistas, el cual es que el ingreso sea igual al gasto.

Entonces, hay un presupuesto sectorial que será de "X" y lo podemos optimizar, pero eso debe ser gastado en condiciones de eficiencia. Entonces, cuando uno hace un estudio de costeo, lo que uno busca es tratar de hacer esos estudios de costeo en esas condiciones de eficiencia. De forma tal que refleje el óptimo entre comillas y ver si hay brechas positivas o negativas, y buscar formas de refinanciamiento entre los distintos actores.

Por eso, también dije que no sabemos si el sector privado es más o menos eficiente que el sector público o al revés, no sabemos si el sector público es más o menos eficiente que el sector privado. No sabemos si efectivamente hoy sale más barato comprar algunas prestaciones en el sector privado o nos sale más caro, porque no disponemos de ese conocimiento. Lo que hacemos son perjuicios, discusiones doctrinarias, superválidas todas, y en algunos casos discutimos con antecedentes, pero no en todos los casos. Creo que para eso nos falta y por eso planteaba que sería bueno tener más antecedentes sobre la mesa, con estudios, con información, con estadísticas, con lo que sea, que nos permita ir viendo cuál es ese óptimo de producción respecto al costeo de

las prestaciones y cuáles son las brechas de eficiencia potenciales entre el sector privado y el público.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, por su intermedio, este estudio que plantea nuestro invitado, que debiera hacerse para poder tomar decisiones, encuentro que es bien loco no tener ese estudio, porque creo que es básico. Pero quiero saber quién lo tiene que hacer, quién lo tiene que pedir, si es el ministerio, si es la superintendencia, quién lo pide, quién lo debiera hacer.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

El señor **ALVARADO**.- Señora Presidenta, quiero hacer una observación, dado que esta sesión es transmitida a la opinión pública, no quiero dejar en el aire la opinión de la doctora que expresó que en cuanto al cáncer pulmonar tiene -no sé si le escuché mal- un tratamiento paliativo. Quiero decir que hay terapias biológicas en este momento, que la sobrevida es de dos a tres años, hay inmunoterapia también en cáncer de células no pequeñas, hay tratamiento también para metástasis celular en cirugías y radioterapias, si pudiera dejar claro ese tema desde el punto de vista oncológico que no todo paciente -esto lo explico, porque se está televisando- que tiene un cáncer pulmonar está condenado a un tratamiento paliativo. Eso quería decir.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- No puedo dejar este tema, porque me importa especialmente. En temas de cáncer pulmonar también hemos tratado de incorporar como criterio el diagnóstico precoz, porque es cierto. El problema de mortalidad en el cáncer pulmonar es que llegamos siempre tarde, pero hoy existe tecnología para llegar más temprano y es difícil tomar la decisión si uno no invierte en estudiar, al menos, si es que sería rentable y cuan rentable sería el adelantarnos a eso.

Bueno, están planteadas las tres preguntas.

Tiene la palabra la doctora Liliana Jadue.

La señora **JADUE** (doña Liliana).- Señora Presidenta, en cuanto a la pregunta de quién pide el estudio. El estudio es parte del cuerpo de leyes del GES, el cual debe hacerse cada tres años, y lo pide el Minsal, Cartera que, probablemente, tiene todas las facultades para pedirlo.

Ahora, la Superintendencia hace una cantidad enorme de estudios, no sé si en costos, no tengo tan claro el mandato de la superintendencia si puede meterse en costos. Fonasa lo podría hacer, creo que no tiene ninguna restricción para hacerlo.

En cuanto al tema del cáncer pulmonar, quiero que se me entienda. No tengo nada contra ese cáncer o contra otro cáncer. Estoy contando como fue la historia. De hecho, cuando se creó el listado de las 56 patologías originales, la número 57 era el cáncer de colon y la número 58 era el cáncer de pulmón. No soy oncóloga, no me dedico a la clínica, sino que estoy dando los argumentos que se han usado.

Así como el cáncer pulmonar, hay muchos otros problemas de salud. A lo mejor el alzheimer también se debería estudiar. No quiero ser tan específica dentro de todo un problema de salud en particular. Creo que, igual como dijo la doctora Aguilera, no está incluida la demencia, en fin, hay otros problemas de salud que no están. En el caso del cáncer pulmonar, la decisión en ese momento -a estas, 10 años- fue tomada con esa base y, de la misma manera, se hizo para el cáncer de colon y este se incluyó 4 o 5 años después. No quiero centrarme en una enfermedad en particular, pero quiero explicar el mecanismo que se ha utilizado. Hay un montón de problemas de salud que probablemente deberían estar incluidos y otros que a lo mejor podríamos sacar y que no debieran ser GES. De hecho, con el examen de medicina preventiva, todos los costeos GES han incluido el costo del examen de medicina preventiva y esa es una ironía, ya que el dicho

examen no es un problema de salud GES, aunque hay otros que están incluidos en los programas habituales. El examen de medicina preventiva, con todos sus componentes, está incluido en la canasta familiar 2, que es el programa de atención primaria. Esas cosas hay que mirarlas en un contexto. En cuanto al programa de atención del cáncer pulmonar quizá sería mejor invertir en hacer que la gente fume menos. Eso también tiene que ver. Como les digo, esas cosas no tienen una mirada única. Solo quise dar un ejemplo de cómo funciona el mecanismo.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el señor superintendente.

El señor **PAVLOVIC** (Superintendente de Salud).- Señora Presidenta, trataré de responder las preguntas que se me han hecho.

En cuanto a cuál es la evaluación de la implementación de esta política pública, casi a un poco más de una década desde su implementación progresiva, mi impresión es que es una buena política pública y, sin perjuicio de eso, parece razonable a una década, como país, hacer evaluación de ella en todos sus aspectos. Nos han invitado a hablar de listas de espera, del conflicto del decreto; al Senado tuve que ir a hablar hace unas semanas del tema de alza de la prima GES y ahí planteé lo mismo que aprovecho de plantear ahora.

Quizá, más que hacer una comisión investigadora sobre un aspecto puntual que pasó en decreto, deberíamos darnos a la tarea de evaluar esta política pública. La evidencia que hemos recogido -que tiene el Ministerio de Salud y la pueden pedir, sin problemas- es que es una política pública que ha sido exitosa y que ha logrado impactar sanitariamente. Tenemos tanto el cáncer de vesícula, el de mamas, el Gran Quemado, el infarto agudo al miocardio. En general tenemos buenos resultados. O sea, la incorporación de estos problemas de salud en el plan AUGE significó un quiebre en las tendencias, una mejora en la

calidad y en las expectativas de vida de la población. Desde el punto de vista sanitario había un gran desafío, que era seguir articulando una lógica de priorización sanitaria.

Hay que decir que en los años 50 se privilegió el binomio madre-hijo y las enfermedades infectocontagiosas. Fue una buena decisión, pero eso implicó una priorización que dejó fuera otras primas de salud. Esa priorización que se hizo a partir de la creación del Servicio Nacional de Salud fue exitosa, generó un cambio en la epidemiología del país y un cambio incluso en la pirámide población. A fines de los Noventa empezó a hacer crisis, en el sentido de que ya los chilenos no nos enfermábamos ni moríamos de lo mismo que hace 50 años. Así y todo, igual se priorizaba, de una manera quizá menos transparente, de una manera que tenía que ver con tener un contacto en el hospital o en el ministerio. No había un mecanismo racional, público, transparente que tuviera vocación general para generar un mecanismo de priorización y el AUGE busca hacer eso, pero, al mismo tiempo, hay que reconocer que a esas alturas del partido ya no se trata solo de mirar poblacionalmente sino también desde la perspectiva individual y el AUGE busca generar el equilibrio entre la expectativa individual, el derecho a la salud individualmente considerado, con una lógica poblacional y en ese sentido el AUGE ha sido exitoso, sin perjuicio de lo cual deberíamos mirar también donde todavía fallamos. Por ejemplo, en mejorar las canastas, las que no son completamente integrales en términos de atención de salud o ciertas diferencias de edad que dejan fuera a personas que si no fuera por otras razones, podrían entrar, por ejemplo, en prótesis de cadera, que parece uno de los temas más relevantes.

Ahora, paso a responder a la diputada Rubilar su consulta de acerca de cuál es la idea, vale decir, a dónde deberíamos apuntar. Como país, deberíamos apuntar a ver cómo es la política pública y si es exitosa. De todos

modos, deberíamos fortalecerla, no solo a través de generar nuevas patologías, sino fortaleciendo las canastas y las garantías asociadas.

En ese sentido, también hay que reconocer que, si bien las Isapres se incorporaron tarde a la lógica del AUGE, de un tiempo a esta parte han reconociendo que el AUGE genera ventajas también, en términos sanitarios y de eficiencia sistémica. En el fondo, obliga a negociar de mejor manera los mecanismos de pago con los prestadores y eso ha sido efectivo.

Las tasas de uso tienen que ver, en parte, con que las personas opten por libre elección y eso se debe a que originalmente las redes ofrecidas y los trámites burocráticos asociados a hacer efectivo el AUGE eran disuasivos para muchas personas, que era mucho más práctico ir con su lógica de libre elección, que es algo que el usuario de Isapre valora.

De un tiempo a esta parte ha mejorado esa oferta porque han reconocido que esto genera eficiencias sistémicas y, por lo tanto, ese es el camino y en el fondo implica que tanto Isapres como Fonasa han logrado incorporar esta política pública no solo en su lógica sanitaria individual, sino también en la eficiencia que otorga el sistema en su relación con los prestadores y con los ofertadores de servicios.

En relación con la calidad, la pregunta de la diputada Rubilar es la misma que se hacía entre 2004 y 2005, acerca de si el sistema está en condiciones o no de asumir este desafío. Había muchos que eran bastante pesimistas. Primero, que no estaban en condiciones de hacerlo de un año para otro, ya que este es un proceso gradual, como son en general las políticas públicas que logran ser exitosas. Se ha demorado prácticamente una década en implementarse y no es que esté implementándose ahora sino que esto parte primero con la definición de los estándares, por 2009, después de un largo proceso de formulación reglamentaria, de análisis técnico, que

genera un estándar que no es necesariamente un *gold* estándar, sino que se establecen ciertos mínimos.

Aquel es un mecanismo que en sí mismo encierra un proceso de gradualidad. Ustedes deben recordar que el proceso de acreditación está pensado a prácticamente 9 años, con una serie de estándares e indicadores que se verifican en terreno por parte de entidades evaluadoras independientes, respecto de los cuales la reglamentación exige que se cumplan al menos 30 obligatoriamente, en el caso de los de mayor complejidad; en los casos de menor complejidad o de atención abierta, son 12 obligatorios y un establecimiento para acreditar tiene que lograr el cumplimiento de la mitad de los estándares como mínimo e, incluido dentro de esos, los 30 obligatorios, en el caso de los de mayor complejidad. Para su reacreditación se mantiene la obligación de cumplir con los 30 obligatorios, pero ya el porcentaje de indicadores cumplidos tiene que subir a 75 por ciento y, en el caso de la segunda reacreditación, a efectos de completar 9 años dentro del proceso total, tienen que alcanzar sobre el 90 por ciento de los indicadores cumplidos. Ese proceso se inició por distintos establecimientos allá por el 2010 y paulatinamente fueron entrando de manera bastante lenta.

Cuando asumimos el gobierno en marzo de 2014 teníamos un problema. El decreto originalmente había contemplado que el 1 de julio empezaba a regir esta segunda etapa. Digo segunda etapa porque la primera, que muchas veces se olvida, tiene que ver con la exigencia del registro de los prestadores individuales de salud en el registro que mantiene la Superintendencia de Salud. Este registro es el más robusto del continente. Tenemos prácticamente 500.000 personas que son profesionales de la salud: médicos, psicólogos, enfermeras, kinesiólogos, fonoaudiólogos, están registrados en la Superintendencia de Salud y usted puede, ante cualquier persona que esté de blanco, atendiéndolo, con su RUT o con su nombre, ir a

la página web de la superintendencia a verificar que esa persona es quien dice ser y tiene la formación que dice poseer. En la actualidad lo damos por garantizado, pero hace 10 años no teníamos idea de cuántos médicos había, de cuántas enfermeras, cuántos profesionales, dónde habían estudiado. Podían declarar cualquier cosa. Así como los abogados salen de la universidad y pueden dedicarse, tanto al derecho tributario como al derecho público, los médicos salen con su título de médico cirujano y pueden ejercer cualquier función porque no hay una ley de especialidades. En lo único que hemos avanzado es en que si alguien se dice que es oftalmólogo o que es internista, usted puede verificar que eso sea cierto. Ese, como dije, es un servicio público que administra la Superintendencia de Salud. Esa fue la primera etapa, implementada en 2013 y hoy está en plena vigencia de implementación.

La segunda etapa de acreditación para los establecimientos de mayor complejidad, como dije, estaba definida para comenzar el 1 de julio de 2014. A esa altura, apenas el 11 por ciento de los establecimientos públicos cumplía con el estándar de acreditación establecido; había varias regiones del país sin ningún establecimiento acreditado, ni público ni privado. Por lo tanto, era una exigencia imposible de cumplir.

Se tomó la decisión de ponerse colorados, postergar esto y empujar al sistema público y privado a incorporarse a la calidad.

Para eso, se sembró muchos años antes. Se necesita masa crítica y, desde principio de este siglo, se enfatizó fuertemente a partir de lo que existía, que era el programa de infecciones intrahospitalarias, creado en los 80; después, otro que tenía que ver con incorporar calidad y formar profesionales, tanto en el sector público como en el privado.

Este año sobre el 80 por ciento de los establecimientos de mayor complejidad de la red pública han logrado su

acreditación; la cifra es un poco más baja en el sector privado, en torno al 65 por ciento.

Ahora bien, se reconoce la necesidad de gradualidad, porque se da una paradoja en relación con la acreditación, el dilema del *too big to fail*; en el fondo, puede haber consecuencias para un establecimiento que no está acreditado, pero el sistema necesita que no cierre sus puertas. Imagínense lo que podría ocurrir en Coyhaique. Hace dos años fuimos a esa ciudad y la comunidad hospitalaria nos preguntó qué pasaba si el hospital no se acreditaba, la respuesta fue que no pueden no acreditar; la red asistencial necesita que acrediten. Entonces, hicieron su esfuerzo y lograron su acreditación.

El decreto de 2016 incorpora una serie de situaciones en la cuales, pese a que un establecimiento no ha logrado su acreditación, ya sea porque falló en algunos indicadores obligatorios o porque ha sido recientemente inaugurado y, por tanto, no cumple con el tiempo o porque ha estado en zonas declaradas de emergencia sanitaria, que, por lo que se insinuó, pareciera ser algo perfectamente discrecional de parte de la autoridad. La experiencia de los últimos años indica que se declara solo cuando hay una situación crítica, para la red asistencial, en términos epidemiológicos, como el terremoto de 2010, la pandemia de influenza, este año asociada a la crisis respiratoria que ha afectado a algunas regiones. Por lo tanto, en general, no es un elemento que se tome como una forma de excusar, sino, más bien, de reconocer que hay un proceso de implementación paulatino, que hay una red asistencial que se ha tensionado en el período invernal, como sucedió el Hospital San José.

Incluso en ese hospital la crisis de esa urgencia, que fue la que se vio la semana pasada, no habla necesariamente de todo el establecimiento, más allá de que todo el establecimiento es el que debe someterse a

los estándares de acreditación. Ellos están en proceso, han venido trabajando y para las próximas semanas está planificada la evaluación para obtener su acreditación.

Quizá el desafío que tenemos con la acreditación está vinculado a lo que mencioné respecto del Plan Auge en general. Después del esfuerzo que hemos hecho como país, del esfuerzo de la red asistencia público-privada, por lograr ciertos estándares, viene el desafío de medir si este esfuerzo ha generado algún resultado, si tenemos menos infecciones intrahospitalarias, menos caídas de camillas, disminución de errores o problemas en el caso de las biopsias.

Al respecto, hace aproximadamente quince años hubo una gran polémica en el Hospital de Coyhaique a propósito de las biopsias. Hoy esas cosas ya no pasan.

Hace muchos años en un hospital universitario se equivocaron al operar una cadera a un ministro de la corte suprema. Hoy esas cosas ya no pasan o no deberían pasar.

Tuvimos problemas en un hospital público respecto de la identificación de recién nacidos. Ese tipo de problemas ya no deberían pasar, porque todos esos procesos en la actualidad se están evaluando y cualquier error es denunciado y detectado.

En algún sentido, la acreditación tiene un desafío que es contracultural, que implica buscar el error, su causa y aprende de él. La mirada tradicional, no solamente en el sector público, sino culturalmente, es que ante un error se busca un culpable.

El desafío que tiene el sistema es aprender de esos errores y evitar que vuelvan a ocurrir. Incluso, cuando hay una equivocación individual muchas veces puede estar asociado a problemas de procesos, como falta de control o de doble control. Por ejemplo, la pausa de seguridad, que se hace hoy día en todas las intervenciones quirúrgicas, es clave para evitar que errores; el hecho de contar las gasas y los instrumentos que se utilizan en una

intervención quirúrgica evita cuestiones que solían pasar, como que se quedara una gaza o una tijera dentro de una persona antes de cerrarla. Eso se hace evaluando procesos, tensionando permanentemente el sistema para lograr que la lógica tradicional de problemas de procesos sean superados.

En cuanto a los desafíos, tiene que ver con transparencia y con medir estos resultados. Hace un par de semanas tuvimos un hito en que se invitó a representantes del sector público y privado y ya hay gente en el sector privado que ha logrado medir que su acreditación impactó en disminución de caídas de camillas y en infecciones intrahospitalarias. Por lo tanto, las primeras luces que tenemos, en general, son positivas. Sin perjuicio de ello, como superintendencia estamos preocupados de proveerle al sistema de información útil para evaluar sus políticas y, eventualmente, mejorarlas. De hecho, estamos trabajando con países de la OCDE para generar estándares internacionales, lo que nos permitirá compararnos no solamente con líneas de base nuestra, sino, también, a nivel internacional.

A mi juicio, una etapa paralela tiene que ver no solamente con evaluar los resultados clínicos o sanitarios o lo que en general nos gusta a quienes estamos vinculados a la salud pública, sino, además, el desafío de saber cómo estamos impactando en la experiencia de los usuarios. La clásica preguntas que nos formularon en cuanto a la acreditación en nuestra visitas prácticamente de Arica a Punta Arenas, fue qué significa que el hospital esté acreditado, en qué los beneficia, cómo impacta esa experiencia. Llega un momento que en los establecimientos sienten que están haciendo las cosas bien, pero que la gente no los está reconociendo. Quizá también deberíamos preocuparnos del trato a los usuarios, del manejo del conflicto, de la participación de la comunidad, de las relaciones del hospital con la comunidad, incluso en el entorno. Todo eso se incorpora

en la medida de que la lógica de mejora continua comienza a permear los métodos de trabajo al interior de los establecimientos.

En ese sentido, me parece que el sistema de salud chileno está en condiciones y necesariamente deben ponerse al día aquellos establecimientos que falta por acreditar. El mismo decreto plantea que no solo nos vamos a quedar con los establecimientos de mayor complejidad, sino que está planificado incorporar los de mediana complejidad, establecimientos de diálisis y de atención primaria. En la actualidad ya contamos con diez acreditados, pero son miles. Por lo tanto, tenemos el desafío, de aquí a cinco años, de lograr la acreditación de toda la red asistencial pública y privada, porque es, de alguna manera, una exigencia mínima que los usuarios esperan del sistema: que les den prestaciones de salud con calidad.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Muchas gracias.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, solamente quiero hacer una acotación, para que quede en Acta. El decreto de marzo de 2016 no habla de emergencia sanitaria, sino de alerta sanitaria, que es bastante más simple de decretar.

Además, dice en los dos últimos años; es decir, permite el aplazamiento de la entrada en calidad con una alerta sanitaria dada hacer dos años.

Creo que se trata más de una fórmula para prorrogar la entrada en vigencia de la garantía de calidad que cualquier otra cosa.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Muy bien, doy las gracias a nuestros invitados.

El señor **PAVLOVIC**.- Señora Presidenta, perdón, quiero hacer una aclaración para efectos del Acta: el porcentaje de establecimientos públicos acreditados a marzo de 2014 no es 11 por ciento, sino 19 por ciento.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Muy bien.

Se suspende la sesión por dos minutos.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Continúa la sesión.

Tiene la palabra el representante del Colegio Médico de Chile, doctor Pablo Araya.

El señor **ARAYA**.- Señora Presidenta, en primer lugar quiero transmitir a la comisión el saludo del doctor Enrique Paris, quien se excusa por no poder concurrir a la sesión y envió en su representación a este humilde servidor, a fin de comentar lo que el Colegio Médico de Chile ha observado sobre las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Quiero compartir el trabajo que hemos llevado a cabo, una breve historia para que entiendan cómo aconteció nuestra incorporación más activa en el sistema GES.

Respecto de la reforma de salud que se pretende discutir en algún minuto y que ha estado tratándose en algunas comisiones, preparamos algunos temas que nos parecen importantes y sustanciales precisar a objeto de discutir una reforma a la salud.

Uno de ellos tiene que ver con Ges, porque sin duda si en el marco de la discusión de la reforma de salud privada se exige un plan básico de salud, probablemente las personas no contarán con la opción que hoy tienen en el mundo privado de optar por el sistema GES o por una libre elección ante una patología que está contemplada en las 80 enfermedades que hoy están en las GES.

Por lo tanto, la primera pregunta fue cuántas personas del mundo privado que podría sufrir los efectos de una reforma utilizaba el sistema GES. Todos sabíamos que se trataba de un porcentaje menor, se hablaba de 30 por ciento; sin embargo, el porcentaje se ha incrementado en el tiempo y hoy es un poco más de 50 por ciento.

Ahora, ¿por qué la gente optaba por uno u otro sistema? Y nuestra mirada era que un factor era la calidad y otro que a los pacientes les gusta atenderse con su médico en su lugar de preferencia.

Por lo tanto, en octubre del año pasado, decidimos empezar a revisar las guías clínicas del sistema GES y lo primero que hicimos -algo muy práctico y, por ello, muy breve de presentar- fue tomar las 80 guías clínicas de las GES y preguntar si estaban vigentes, porque cada guía tiene una determinada vigencia. En primer término y para nuestra sorpresa, nos encontramos que el 50 por ciento de las guías -40 de 80- no estaban vigentes, lo cual nos llamó mucho la atención el año pasado. Además, de las 40 guías vigentes, 20 guías tenían que ser revisadas el 2016, es decir, del 50 por ciento vigente, el 25 por ciento tenía que revisarse el presente año, lo cual visualizábamos con temor y con pocas posibilidades de que estuvieran vigentes. Cabe señalar que solo hablamos de la guía clínica, no abordamos ningún otro detalle.

Entonces, nos formulamos la pregunta sobre quién fabricaba las guías clínicas. Suponíamos y suponemos que gran parte de las guías clínicas son elaboradas por las sociedades científicas en cooperación con el Ministerio de Salud. Por lo tanto, acordamos reunir a las sociedades científicas a fin de que cada una retirara la guía clínica correspondiente a su área y consideramos la existencia de otra carrera o colegio involucrado, por ejemplo, el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, pues la idea es que revisaran su guía clínica y nos informaran si estaban de acuerdo con ella. Más allá de si la elaboraron o no, bastaba que dijeran que estaban de acuerdo y si tenían o no peritos, porque, en general, quienes han participado en el desarrollo de las guías clínicas son personas de bastante calidad profesional, lo cual nadie puede negar. Nuestra intención era verificar aquello.

También, observamos algunos resultados publicados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Uno de ellos sostenía que en Chile mientras la supervivencia de los pacientes admitidos en los hospitales por accidentes isquémicos está cerca del promedio de la OCDE, la supervivencia de los pacientes admitidos por ataques cardíacos, infarto de miocardio, es mucho más baja en comparación con casi todos los países que pertenecen a la OCDE.

De alguna manera, estos parámetros nos estaban empezando a decir que, a lo mejor, la gente también optaba por el mundo privado basada en la calidad, la cual el sistema GES no les aseguraba.

También, según informes actuales de la OCDE, las personas diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer, por ejemplo, cánceres de mama y cervicouterino, tienen una baja tasa de supervivencia. Para incrementar la supervivencia se requiere de detección temprana y del tratamiento adecuado y, a pesar de haber aumentado su preocupación en estas materias, Chile, después de México, todavía tiene la segunda tasa de detección de cáncer más baja de los países de la OCDE.

Lo anterior también nos remitía al tema de calidad técnica, nuestro ámbito y, por lo tanto, reunimos a las sociedades científicas y les solicitamos que revisaran el particular. En el intertanto, se generó este descalabro, un conflicto mayor, a saber, en marzo se publicaron unas canastas de prestaciones que venían con todo lo que debían ser mensuales, venían empaquetados anuales o los costos habían cambiado y, por tanto, aumentaba el costo para el paciente, etcétera y obviamente la situación desordenó un poco nuestro trabajo, porque empezaron a surgir las miradas respecto de si esto era político o no, entre otras, y, por supuesto, cuando se percataron que el 50 por ciento de las patologías del sistema GES estaban incorporadas en esta circunstancia, se agravó un poco la situación para nosotros en el sentido de tener que

explicar a las personas que no era nuestro objetivo, que nunca lo planificamos así y que surgió en el camino, pues iniciamos nuestra labor en octubre.

También fuimos a buscar las actas del Comité Consultivo y nos dimos cuenta y empezamos a explorar de cierta manera cómo trabajaba este comité en estos temas.

Ese fue el propósito de nuestro trabajo, porque creo que la idea de esto es que les sirva a ustedes y mejorar el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), que el Colegio Médico valora y considera como un tema social muy relevante en la salud chilena. Entonces, el Colegio Médico cree que debemos cuidar y mejorar este programa.

El primer hallazgo fue el que comente sobre las guías clínicas. El segundo, sobre los valores, hubo que hacerlo dos veces, y revisar las 501 canastas. Respecto de las que encontramos en el último decreto, 346 aumentaron su valor, 119 lo habían bajado, 36 eran nuevas, y hubo un promedio de alza de 30 por ciento en bruto, que puede tener relación con otros costos y dimensiones. Nosotros lo sacamos en bruto, que es nuestra primera aproximación.

Luego trajimos a todas las sociedades para preguntarles, derechamente, qué habían encontrado en ellas. Tenemos aproximadamente un 60 por ciento de respuesta de las sociedades científicas, esperamos llegar a un número mayor, pero creemos que 60 por ciento es una aproximación importante.

En esa cantidad de patologías revisadas, podemos decir que las guías clínicas estaban ajustadas al estándar que ellos pretendían como sociedad científica en un 58 por ciento. Ellos consideraban que las guías clínicas estaban ajustadas al 58 por ciento de su estándar. Además, las guías clínicas no contienen información científica actualizada en el otro 42 por ciento. Nos dimos cuenta que había que separar la vigencia de la desactualización, porque puedo tener una guía clínica vigente, que se revisará en cinco años; sin embargo, nos quedó claro que las de los cánceres están desactualizadas.

Respecto de lo que dijo el médico, en el caso del cáncer pulmonar, como el doctor es clínico y la doctora es salubrista, es distinta la visión del salubrista, que va siguiendo los patrones, a la del clínico, que va viendo que aparecen tratamientos inmunológicos que, obviamente, son de alto costo, pero que puede estar vigente la guía, pero muy desactualizada en su canasta y en su tratamiento. Por lo tanto, hicimos una diferenciación entre lo que es vigente y lo que es desactualizado. Dijimos que debemos tener una visión distinta sobre todos los temas oncológicos. Estas guías, con sus canastas, debieran ser revisadas año a año, que es lo que se merecen. Además, si uno lo compara con los parámetros de la OCDE, nos daremos cuenta de que no estamos haciendo bien el trabajo con respecto al GES.

Respecto de las prestaciones de las canastas del decreto 2016-2019 sobre las ochenta patologías, 43 de ellas incluyen diagnóstico, todas tienen prestaciones de tratamiento, y 32 tiene solo seguimiento. Las guías clínicas tienen reparos para mejorarse en un 73 por ciento. Por reparo me refiero a que se hizo más de un comentario. Dijeron que estaba en el estándar, pero que había que mejorar en un 73 por ciento, lo cual es relevante, al menos, desde nuestra visión. El ciento por ciento de la revisión dice que la canasta no es adecuada. A lo mejor, los médicos nos estamos preocupando de que el tratamiento sea el ideal, el perfecto, y los otros, de que sean posibles. No obstante, nos preocupa mucho porque, a lo mejor, eso es parte de la explicación de que la oferta privada puede ser distinta a la oferta de una GES limitada, sobre todo, en los aspectos oncológicos, que como vimos, son un tema mayor.

En el comité consultivo nos hicimos preguntas. Las diré para que ustedes también las puedan analizar. Nos dimos cuenta de que el comité consultivo tenía poca relevancia. Entonces, no nos representa ni como usuario ni como prestadores ante la contraparte. El ministerio no tiene

contraparte a la hora de fijar valores, prestaciones, etcétera, lo cual es curioso en el mundo de hoy.

Revisamos el componente del comité consultivo y también nos llamó la atención que debiera haber alguien que representara el interés de los usuario, una persona preparada; así como de los prestadores clínicos, un director de hospital o de un servicio de salud, y alguien que representara a quienes tienen el trabajo clínico y directo en el mundo privado. Creo que sería un aporte útil dentro de una comisión que tiene que decirle al país que se revisó esto y que lo aprobamos, porque es la salud de todos. Este es un paquete universal, único y cerrado, como algunos pregonan. Por lo tanto, no puede ser que no exista una contraparte.

Al ver las actas y al sentir que nadie revisó lo que se publicó, se entiende que hubo un deslinde -probablemente en Fonasa- en los cálculos. A lo mejor, un ingeniero no entendió que los controles de coagulación tienen que ser mensuales y que no pueden meterse en un paquete anual. Lo importante es que eso nos hizo pensar que, de alguna manera, este comité consultivo debiera tener una mirada distinta, más autonomía, un par de funciones concretas y más importantes, y una representación de las personas que mencioné. Lo anterior es una reflexión o sugerencia.

Por lo tanto, hasta el día de hoy, nos hemos dado cuenta de que las guías clínicas no están al día en la parte técnica y que las canastas no las leen. Sin embargo, lo más importante es que el consejo consultivo no es un consejo técnico que represente a todos y que nos dé la tranquilidad de ser la contraparte de aquel que tiene que fijar las reglas del juego que, en este caso, debiera ser el Ministerio de Salud; este, el anterior y el próximo.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Le agradezco profundamente lo que nos acaba de decir. ¿Están publicados los análisis en la página web del colegio?

El señor **ARAYA**.- No, van a ser publicados. Usted sabe que el Colegio Medico es como la Iglesia. Tengo que entregar el informe completo a la mesa directiva, lo que haré el jueves. Una vez aprobado, se publica. Le haré llegar una copia.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Nosotros lo distribuidos.

El señor **ARAYA**.- Si quiere, por su intermedio, se le mando a cada uno de los miembros de la comisión.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Ofrezco la palabra.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, por su intermedio, saludo al doctor Araya y al Colegio Médico.

Me parece muy interesante el estudio. Qué bueno que la Presidenta preguntó si podemos tener acceso a él. Respecto de los números que dio de las 501 canastas y de las 346 que aumentaron su valor, ¿son datos pre o post arreglo del decreto?

El señor **ARAYA**.- Post.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Por su intermedio, señora Presidenta. Entonces, tenemos 346 canastas que, arreglado el decreto, igual subieron su valor.

Agradeceré que repita los números que dio de las patologías que tienen diagnóstico, tratamiento y cuáles son las canastas que tienen solo seguimiento.

Lo otro que quiero consultar es respecto de las guías clínicas. ¿Cuántas no están actualizadas, según el análisis que hizo el Colegio Medico?

¿Cuántas guías clínicas, más allá de las que no están actualizadas, no se representan en las canastas? ¿Cuántas tienen diferencia entre lo que debiera haber como prestaciones, pero que no se reflejan en las canastas y que, por lo tanto, no están cubiertas? Me gustaría entender esa disociación.

Por último, respecto de la disociación de las canastas versus las guías clínicas. Entiendo que hay varias patologías, como por ejemplo, esclerosis múltiple u otras que se actualizan rápidamente, quizás nuestra expositora de artritis juvenil tiene la misma sensación, en las que las guías clínicas tienen medicamentos más actualizados, que no están en la canasta, y el medicamento actualizado, el que mejora condiciones, no es más caro que el que está en la canasta.

¿Cuál es la postura del colegio?

¿Una automatización instantánea, en el sentido de que si está en la guía clínica pero no en la canasta, y no tiene mayor valor debería ingresarse automáticamente?

Porque no sacamos nada con darle un medicamento que no es el que necesita el paciente si el que realmente le sirve vale lo mismo. Ni siquiera hay un costo.

¿Cómo debería tratarse esa diferencia?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el señor Pablo Araya.

El señor **ARAYA**.- Señora Presidenta, canastas que reflejan la respectiva guía clínica, 26 por ciento, pero los comentarios dicen que para el ciento por ciento de las patologías revisadas se sugieren actualizaciones e incorporaciones técnicas que mejoren la efectividad de los diagnósticos, tratamientos y posterior seguimiento.

Canastas que presentan reparos importantes de la guía clínica: 73 por ciento. Es decir, del 60 por ciento que hemos revisado, la gente no está de acuerdo con las canastas, en general.

Sumamos 501 prestaciones, 501 canastas y 346 aumentaron el valor -podemos equivocarnos en nuestros datos preliminares-, 119 bajaron su valor; 36 son nuevas, el siete por ciento, por lo tanto, no podemos compararlas, y el promedio del alza si lo hiciéramos solo en números, no en costos porque puede ser mucho mayor, el 30 por ciento.

Respecto de la incorporación, nos parece que la vigencia y la desactualización son dos cosas distintas,

por lo tanto, debiera haber patologías, la inmunológica y la oncológica, que debieran tener estudios de forma anual, con un par de peritos que revisaran el tratamiento. Tal vez en el diagnóstico se avance un poco menos, pero también puede haber marcadores. En ese sentido, creemos fundamental el rol que cumple el consejo consultivo. Estas cosas se deberían presentar a ese consejo para ser la contraparte, tener la posibilidad de estudiarlo o tener la atribución de pedir los estudios, los antecedentes necesarios y solicitar su incorporación o todos los trámites que correspondan en la parte administrativa, pero creemos que actualmente el rol del consejo consultivo es pobre, se llama cuando se pide y miran la evaluación del costo que tampoco sucedió como correspondía porque no estaban las actas. Se enojaron con nosotros y es un tema no menor, porque en el fondo están haciendo un resguardo de la salud de todos los chilenos.

En consecuencia, creemos que su rol debe ser más importante y por eso deben estar representados actores como los que ya mencionamos.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, el doctor Araya dio números de canastas que cubrían diagnósticos, otras que cubrían seguimiento y otras que cubrían tratamientos. Quisiera saber ese número porque me preocupa la prevención. ¿Cuánto de nuestro AUGE cubre la parte preventiva?

La otra consulta que quedó pendiente es si los medicamentos están en la guía clínica, no ingresan a la canasta, pero tiene mejor resultado con el paciente, cuál es la opinión de nuestro invitado respecto de la forma en que debiera funcionar ese sistema.

El señor **ARAYA**.- Respecto de la primera pregunta, lo podemos estudiar detalladamente y enviárselo.

La segunda consulta es lo que dijimos, a veces, nos entusiasmos mucho con medicamentos nuevos, pero deben tener sus fundamentos clínicos.

Conozco el caso particular y parece un despropósito, estoy de acuerdo. Pero hablemos en general, no de casos particulares. Eso debería ser presentado al comité consultivo para que resuelva y entregarlo al ministerio correspondiente, porque es una de sus funciones relevantes. Si no lo hace él, ¿quién?

Debe haber alguien que estudie técnicamente cada una de las necesidades de las 80 patologías; 43 de ellas incluyen prestaciones de diagnóstico, las 80 tienen prestaciones de tratamiento y 32 tienen seguimiento.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- ¿Ninguna es preventiva?

El señor **ARAYA**.- No lo buscamos como un ítem, porque lo que se valoriza en la canasta son esos otros tres, pero tenemos planillas para buscarlo y es un dato que les podemos enviar.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Agradecemos su asistencia y aporte y lo dejamos libre para que pueda cumplir con sus otras responsabilidades.

Tiene la palabra la señora Rosa Montero, presidenta de la corporación de niños con artritis crónica, que viene acompañada de Paloma Rivera, encargada de comunicaciones.

La señora **MONTERO** (doña Rosa).- Señora Presidenta, voy a hacer una pequeña reseña de por qué estamos acá y por qué es tan importante nuestro trabajo.

La corporación fue fundada en 1996, por el doctor Luis Lira y las doctoras Marta Miranda, María Soledad Toso y Ximena Norambuena, y un grupo de padres.

Trabajamos a nivel nacional y es la única corporación de niños en Latinoamérica. No trabajamos con adultos, solamente con niños con artritis idiopática juvenil. Somos referente latinoamericano porque en otros países no existen estas corporaciones de niños, por lo tanto, además de dedicarnos al tratamiento de los niños,

difundimos la enfermedad. Hacemos charlas informativas, seminarios, talleres, campamentos educativos cuando logramos conseguir los recursos. Hacemos *stand* informativos en congresos médicos, en universidades, entregamos volantes. Tenemos mesa de trabajo con los ministerios de Salud, de Educación, de Bienes Nacionales. No nos ha ido bien con este último ministerio porque desde hace muchos años estamos pidiendo tener una casa de acogida, pero siempre nuestra petición es menos importante que todo el resto. Los niños del norte no tienen donde quedarse y en Santiago necesitamos recibirlos.

Señora Presidenta, le pido le ofrezca la palabra a Paloma Rivera para que cuente la forma en que hacemos difusión.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra la señora Paloma Rivera.

La señora **RIVERA** (doña Paloma).- Señora Presidenta, como primera parte quiero destacar que trabajamos con los reales beneficiarios de GES, los niños con artritis, una de las 80 patologías.

La mejor forma de contarles lo que es la artritis es con mi realidad, la padezco desde los nueve años, hoy tengo 25, y tengo muchas historias de lo que es vivir con artritis. La única manera de hacer entender a las personas qué es la artritis es a través de proyectos como uno que generamos este año, llamado Pon tu Mano, que es una iniciativa desarrollada completamente en Chile.

No obstante, existe otra chica que también tiene artritis, de la Universidad de Chile, que ideó un mecanismo que permite sentir los síntomas en primera persona. Es un sistema de simulación de síntomas que actualmente se está exponiendo en diferentes universidades. En las imágenes que estoy proyectando nuestro un avance de este proyecto, que se mostró recientemente en Talca. Ese guante que ven ahí permite sentir los síntomas de la enfermedad, replicándolos por

medio de rigidez en las muñecas y en los dedos; de esa forma se simulan acciones como cortar carne, abrir una llave o una cerradura. Cuenta además con un panel que genera un impulso eléctrico que simula el dolor.

Esto permite entender una enfermedad que no se ve a otras personas, como a un profesor de Educación Física, un estudiante de Medicina, un profesor jefe o el director de un colegio, porque esta enfermedad no se ve. Yo puedo caminar, puedo mostrar esta presentación, pero mañana puedo estar en una silla de ruedas.

Ya vimos el proceso que significa tener una enfermedad que no se ve y que además es de alto costo. Hace 17 años, la artritis no era vista en Chile; los únicos que conocían la artritis juvenil eran los 15 reumatólogos pediátricos que existen en Chile, que no están en el norte. Nuestro trabajo se enfoca a eso, a buscar especialistas que se interesen en nuestros niños, y no solo en nuestros niños, sino también en otras enfermedades crónicas. Por eso estamos visitando aquellas universidades que están empezando a estudiar esta carrera, que es tan importante. Hace solo un año se creó la beca en Chile. Todos nuestros médicos están formados en Estados Unidos y en Europa.

Estamos mostrando este sistema de simulación de síntomas no solo en colegios, sino también en universidades. Posteriormente lo expondremos en centros de atención primaria y en distintas otras instituciones, donde podamos hacer más difusión de esta enfermedad que no se ve.

Nuestro directorio está compuesto por madres de niños con artritis y médicos que trabajan con nosotros directamente. Actualmente nuestra directora médica es la doctora Carmen Luz Navarrete, quien atiende a niños del norte y en Santiago, en el Hospital Roberto del Río, que está con graves problemas. Nuestros directores médicos a lo largo del tiempo han sido el doctor Arturo Borzutzky, quien hizo la guía clínica en Chile; el doctor Raúl

Barría, de la Octava Región; y la doctora Carmen Luz Navarrete, quien es hoy nuestra directora médica.

Esta corporación se creó en 1996; en 2000 se formalizó como Corporación de Ayuda al Niño con Artritis Crónica; en 2007 se incorporó a nuestras charlas la doctora Toso - nosotros hacemos charlas constantemente- y nos dijo que los niños con artritis no contaban con tratamiento garantizado por el GES. Lo que se nos dijo a los papás en esa época fue que los niños con artritis no se morían y los con fibrosis quística sí; esa fue la causa de que no quedáramos cubiertos por el programa GES en 2007.

Entre los años 2007 y 2010 se creó un nuevo equipo de trabajo, donde se incorporó mi mamá como cabeza de esta corporación, y los papás empezaron a trabajar, sin marchas, bulla ni escándalos, sino exponiendo la necesidad de financiar el tratamiento para los niños con artritis.

En 2009 se logró hacer por primera vez el campamento con personas con discapacidad, financiado por la Junaeb, y en 2010 logramos entrar al GES.

¿Por qué es tan importante GES, no solo para los niños con artritis, sino para los demás pacientes en Chile?, porque representa la factibilidad acceder a un tratamiento, lo que de otra manera no se podría. Muchos pacientes siguen tratando de juntar los recursos, pero en algunos casos el copago es muy alto para familias de escasos recursos y el GES es un apoyo; ya no es de 800.000 a 1.000.000 de pesos mensuales, sino 140.000 o 180.000 pesos en la versión actual.

En 2013 revisamos el programa GES, cada vez que aparecía un decreto, y detectamos que había errores en dos patologías. Eso se informó y en el curso de un mes se reparó. El error que hubo en esa época se debió a un cálculo en la dosis de medicamentos. Hubo cuatro medicamentos biológicos que estaban entrando al programa GES y por eso se estaba cobrando 267.341 pesos. Se rectificó ese decreto y nuestro copago del tratamiento

biológico quedó en 149.020 pesos. Si ustedes revisan el decreto de esa ley, aparece un *copy-paste* de este decreto, encima del decreto que se revisó.

El 3 de marzo de este año se publicó en el Diario Oficial que el copago de 149.000 pesos pasaba a 310.000 pesos. Ya sabíamos que se podía haber cometido el mismo error, de modo que el 8 de marzo hicimos entrega de un informe de esta patología en particular a la Presidencia, a Fonasa, al Ministerio de Salud y a la Superintendencia de Salud. Tuvimos una reunión con Fonasa ese mismo día - más que una reunión, con la gente de atención de Fonasa- y la respuesta fue que no tenían idea de lo que les estábamos hablando. El decreto salió el 3, pero no tenían idea de la publicación del decreto. Llamamos al Ministerio de Salud y nos dijeron que estuviéramos tranquilos, porque se había agregado un nuevo medicamento -lo que agradecemos, porque nuestros niños lo necesitan-, pero de toda la canasta era el más barato, es decir, no había ninguna justificación para ese error.

Le advertimos al ministerio que íbamos a llamar a la prensa. Por ello, esa semana nos llamaron y nos dijeron textualmente "tranquila, señora Rosa, esto se va a arreglar", porque mi mamá es conocida como una persona insistente en el Ministerio de Salud. No se entra al GES sin ser insistente; es la única manera. Es realmente un trabajo diario.

Logramos una reunión al tiempo de esto y se nos dijo que efectivamente fue un error, que se cometió el mismo error del año 2013 y se nos confirmó que fue un *copy-paste* a lo que nosotros pedimos en esa época. Ya había salido en la prensa que había 40 errores en el GES, el Colegio Médico hablaba de 40 errores.

Me di el trabajo se revisar patología por patología, de revisar los decretos desde la vigencia de las primeras entradas de todas las patologías al GES, y descubrí que existían 66 patologías con error, con montos asociados que iban desde 50.000 o 20.000 pesos si empezaban a pagar

desde el 1 de julio, a 2.500.000 pesos. Eran errores evidentes, no eran errores que no se vieran.

Ese día, 30 de mayo, entregamos la información a Contraloría y a todos los organismos mencionados anteriormente, se entregó a la Contraloría y al Ministerio de Hacienda. Hace una semana se nos invitó a una reunión en el Ministerio de Salud, donde pudimos entender de mejor manera los errores vigentes en el decreto. Los errores que nos explicaron tenían que ver en primer lugar con lo que mencionaba el Colegio Médico acerca de la periodicidad de las entregas, cuyo costo se especificó en forma anual en lugar de mensualmente. En otras patologías hubo tratamientos valorizados bajo el costo real que tienen en los centros de salud. Por ejemplo, no están financiando cirugías para cardiopatías congénitas, porque no logran financiar la base de ese error.

Lo que nos preocupa es que ocurrió nuevamente el mismo error, pero ¿qué pasa si no hay nadie que lo vea? El Colegio Médico lo vio porque nosotros lo vimos, porque estamos pendientes constantemente de lo que está ocurriendo, porque somos los que trabajamos con las personas que tienen esas enfermedades, pero me parece preocupante y de una gravedad impresionante que dos diputados en esta mesa hablen de sacar patologías, como si se tratara de borrar un error en una hoja. Hablamos de tratamientos y de familias que necesitan esos tratamientos; por lo tanto, no se pueden tirar al vuelo palabras como: saquémoslos, total son pocos. Son pocos, pero pueden ser unos pocos que lo necesitan mucho. Por lo tanto, esa no puede ser una decisión al vuelo, debe ser evaluada.

Se presentó un estudio que señala que en el Fonasa hay una cantidad de 1.113 niños con artritis juvenil y 240 en las Isapres. Tenemos 300 paciente solo en la Red de Salud UC Christus, por tanto, no puede ser que en las Isapres haya 240 pacientes -la falta de estadísticas y de

entrega, no puede ser-. Hace casi tres años solicitamos por ley de transparencia a cada hospital y al Fonasa, estadísticas y el único estamento de salud que tenía una cantidad prudente de pacientes era la Teletón, con 500 pacientes, el Fonasa tenía 333 -es quien entrega el recurso y el beneficio para que los pacientes puedan acceder a los tratamientos- y la Red de Salud UC Christus 300 pacientes, hace tres años.

Por la falta de médicos no tenemos cobertura de diagnóstico -no tenemos especialistas en el norte-, por primera vez nos están escuchando y evaluando la posibilidad de enviar un doctor.

¿Qué significa que nuestros pacientes viajen a Santiago? Significa dolor crónico y en un niño, es terrible. Sin embargo, a pesar de ello, los niños deben viajar en bus desde Arica a Santiago, porque en su región no hay un médico y no se puede gestionar que uno vaya, por lo menos, una vez cada tres meses para que ese paciente no deba trasladarse. Tampoco tenemos un lugar para que ellos lleguen, a pesar de que su tratamiento los deja en la misma condición que un niño con cáncer, totalmente inmunosupresor.

Por lo tanto, ese niño debe estar en un lugar con condiciones controladas y no los tenemos porque el Ministerio de Bienes Nacionales no cuenta con un catastro real de casas disponibles para entregarnos, porque priorizan entregar una casa a un conjunto de música, porque fomentan la cultura antes que la salud. No puede ser que niños con artritis tengan que venir a Santiago para atenderse y devolverse el mismo día, siendo que eso perjudica su salud. Además, el tratamiento que recibe se pierde por falta de médicos.

La conclusión a la que llegamos es que no se pueden olvidar de que se está hablando de pacientes, de familias, de niños, de jóvenes, de madres, de padres y de personas adultas que necesitan llegar a un lugar donde se les atienda como corresponde para que no tengan que

pedirle al médico que le traiga tratamiento que si no conoce le dice que no.

En Ancud tenemos problemas, no está llegando el medicamento porque la gente que lo maneja dice que es tóxico y los padres deben viajar una vez a la semana a la región para obtener un tratamiento que no debería ser complicado recibir.

Entonces, no pueden seguir ocurriendo esas cosas y no se puede hablar de sacar patologías si no se hacen estudios reales basados en números que existen.

Agradecemos que nuestros niños tengan todos los tratamientos biológicos que están vigentes a nivel mundial, pero necesitamos una garantía de que esto será realmente evaluado como corresponde.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Victor Torres.

El señor **TORRES**.- Señora Presidenta, quiero entregar mi consentimiento si requiere extender la sesión.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Está citada hasta las 13.30 horas, diputado.

Por lo tanto, no hay problemas de tiempo.

Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, por su intermedio, quiero saludar a nuestras invitadas y agradecer su presencia.

Quisiera hacer algunas preguntas para ver si entendí bien la exposición.

Primero, lo que ustedes plantean es que este año se repitió el mismo error de 2013. ¿Es el mismo error de cálculo de 2013 o es otro en otra prestación?

Segundo -en realidad ustedes lo dijeron, pero es para que quede claro-, le pregunté a la directora del Fonasa respecto de cómo había tomado conocimiento de la situación y respondió que no lo había hecho a través de ninguna agrupación.

Por lo tanto, me gustaría que fuera más clara respecto de cuál fue la relación con el Fonasa.

Por último, quisiera preguntar si su conclusión es integrar a la comisión representantes de pacientes, que me parece muy interesante -lo dije acá. Debiéramos contratar a asesores de agrupaciones de pacientes en el Ministerio de Salud, contribuirían harto. Estoy convencida-, ¿dónde lo haría? En las agrupaciones de consejos consultivos, en la Secretaría Técnica del Auge o en el Fonasa. ¿Dónde creen ustedes que debieran estar los pacientes?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- A propósito del decreto de 2016, me interesa saber ¿qué pasa una vez que se corrige, es exactamente igual? No entiendo esa parte.

La señora **RIVERA** (doña Paloma).- Señora Presidenta, lo primero que quiero aclarar es que no se trata del mismo error. El que se cometió en 2013 fue de cálculo de medicamentos en solo dos patologías. En nuestra patología fueron, específicamente, cuatro medicamentos biológicos que se sobre calcularon, porque nuestros niños ocupan microdosis y eso no se entendió.

Este año fueron trece errores distintos y todas las patologías tenían parte de esos errores, porque lo más probable fue que tomaron el decreto que tenía error y empezaron a mover ciertas patologías, porque hay que entender también que cuando se revisó eso de las Garantías Explícitas en Salud (GES) también se estaba trabajando en la ley Ricarte Soto.

Los errores.

La discordancia entre la periodicidad y el monto del arancel.

El monto del arancel es anual y la periodicidad está calculada en forma mensual. Los controles se calculan de manera anual y no mensual.

El cálculo de tratamientos de alto costo no fue actualizado desde 2010, en algunos casos, y desde 2013, en otros. Entonces, hoy se calculan con aranceles mucho más bajos que lo que cuesta una entrega de tratamiento.

Esos son los tres tipos de errores que estaban vigentes antes de la rectificación.

¿Dónde deben estar los pacientes? Creo deben estar en cada comisión que trabaje en pro de los pacientes, porque, si bien, no vamos a poner pacientes que este tipo de cosas no están en su cabeza en este momento, porque necesitan recibir un tratamiento, sí podemos poner pacientes que trabajan hace años, como nosotros, como muchas corporaciones que existen y que no tienen la oportunidad de alzar su voz ni de preguntar ¿qué está pasando? Porque, si bien, ustedes ven los papeles, los decretos y todos los estudios numéricos que pueden llegar a aparecer, no ven lo que está pasando directamente en los hospitales con cada paciente y con sus familias en las regiones extremas, porque una cosa es lo que pasa en Santiago y otra muy distinta es lo que pasa en el norte y en el sur de nuestro país.

Al Fonasa se le entregó la carta y acá tenemos la respuesta de la doctora Jeanette Vega, donde asume que el error ocurrió y que trabajará con el Ministerio de Salud para corregir la protección financiera a la brevedad. La respuesta es del 11 de marzo de 2016.

Por lo tanto, propongo un Consejo Consultivo donde se integre al paciente, su voz y que tenga la misma capacidad de entregar su información como todos los que la integren, no solo escuchando.

La señora **MONTERO** (doña Rosa).- Señora Presidenta, considero que deben ser agrupaciones que hayan trabajado en eso. Veo a mucha gente que está trabajando, que recién está empezando, y que no sabe todo el trabajo que hay detrás.

Cuando logramos entrar al AUGE -y estoy sumamente agradecida por ello-, yo iba todos los días al Ministerio; si andaba en el centro, pasaba al Ministerio. Pero lo que iba a hacer, era hablar de lo que pasaba con los papás y de lo que pasaba con ese niño.

Siento que eso hace falta, siento que hay muchas agrupaciones que están formando grupos, pero que carecen de una voz de experiencia, y de repente como que se están politizando, cuando la verdad es que aquí estamos hablando de pacientes, de gente que está enferma, y la gente que está enferma no tiene partido político. Por eso necesitamos gente que realmente tenga experiencia y sepa de qué está hablando.

La señora **RIVERA** (doña Paloma).- Respecto de lo que se me preguntó, el decreto actualizado en nuestra patología sí tiene un aumento, y cuenta con nuevas garantías explícitas. Entre estas, hay un tratamiento que estábamos esperando desde el decreto del 2013, que no se entendía por qué no había entrado, ya que era de menor costo, atacaba las artritis más complejas, que sí tienen riesgo de vida y, además, era muy baja la cantidad de pacientes. Este año entró, está en vigencia, y contamos con un aumento real, no respecto de 310, sino que a 184 y fracción.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Agradezco su presentación. Su estímulo es garantía de que seguirán trabajando por ayudar a los pacientes.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 13.08 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe Taquígrafos Comisiones.